附件5

患者基本信息表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 年龄 | 　 | 出生日期 | 　　贴照片　 |
| 曾用名 | 　 | 民族 | 　 | 籍贯 | 　 |  年 月 日 |
| 入院时间 | 　 | 住院号 | 　 |
| 出院时间 | 　 | 门急诊号 | 　 |
| 联系方式 | 固定电话 手机号码 |
| 有无身份证 | 有□　 无□ | 身份证号码 | 　 |
| 现居住地址 | 　 | 户籍地址 | 　 |
| 联系亲友 | 亲友身份证号 | 亲友联系电话 | 亲友联系地址 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 |  |  | 　 |
| 来院方式　 | 120□ 公安机关□ 家属亲友□ 自行前往□ 群众□ 其他医院□其他□ |
| 收治医院 | 　 |
| 诊断 | 　 |
| 治疗简介： |
| 　　 |