

重症医学科 (ICU) 患者信息登记表

| | |
|--|--|
| 基 本 信 息 | 1、姓名: _____ 性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 身高: _____ cm 体重: _____ kg |
| | 2、身份证号: _____ 民族: _____ 族 宗教信仰: _____ |
| | 3、出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 年龄: _____ 岁 (无身份证号, 填此行) |
| | 4、个人身份: <input type="checkbox"/> 农民 <input type="checkbox"/> 工人 <input type="checkbox"/> 公务员 <input type="checkbox"/> 专业技术人员 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 职员 <input type="checkbox"/> 企业管理人员 <input type="checkbox"/> 退休人员 <input type="checkbox"/> 个体经营 <input type="checkbox"/> 现役军人 <input type="checkbox"/> 自由职业者 <input type="checkbox"/> 无业 工作单位: _____ |
| | 5、医保类型: <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 自费 商业保险: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无 |
| | 6、户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____ |
| | 7、现住地址: _____ 省 _____ 市 _____ (具体到门牌号) |
| | 8、婚姻状况: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离异 |
| | 9、文化程度: <input type="checkbox"/> 研究生 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 初中及以下 |
| 既 往 病 史 | 1、高血压病史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 高血压 _____ 年, 收缩压最高 _____ mmHg, 平时血压在 _____ / _____ mmHg 水平, 服药治疗: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无, 服用药物名称: _____, 剂量每次 _____ 每日 _____ 次。 |
| | 2、糖尿病病史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 糖尿病 _____ 年, 用药治疗: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 目前应用药物名称 (口服/注射胰岛素): _____, 剂量每次 _____ 每日 _____ 次。 血糖最高 _____ mmol/L, 平时血糖控制在 _____ mmol/L 水平。 |
| | 3、冠心病史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (治疗及用药情况: _____) |
| | 4、脑血管病史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (具体病种及治疗: _____) |
| | 5、外伤病史: _____ |
| | 6、手术病史: _____ |
| | 7、其他疾病: 听力障碍: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右); 视力障碍: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 助听器) 其他: _____ |
| | 8、献血: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 输血: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (如有: 输血时间: _____ 血型: _____) |
| | 9、药物或食物过敏史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (过敏原及过敏表现: _____) |
| | 10、吸烟史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (吸烟 _____ 年, 每天 _____ 支); 戒烟: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (戒烟 _____ 年) |
| | 11、饮酒史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (饮酒 _____ 年, 每天 _____ 两); 戒酒: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (戒酒 _____ 年) |
| | 12、婚育史: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 结婚 _____ 年, 育有 _____ 子 _____ 女; (女性: 怀孕 _____ 次, 生育 _____ 次) |
| | 13、家族史: _____ 兄 _____ 弟 _____ 姐 _____ 妹 (例如: 1兄2弟1姐) 配偶身体情况: _____ 父亲身体情况: _____ 母亲身体情况: _____ (如有已故人员, 请记录死因及时间: _____) |
| 14、家族中是否有其他遗传病或传染病史: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 _____ | |
| 联 系 人 | 1、主要家属与患者关系: <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 其他 _____ |
| | 2、主要家属 姓名: _____ 电话: _____ 身份证号: _____ |
| | 3、其他家属 姓名: _____ 电话: _____ 关系: _____ |

ICU医护人员正积极救治患者, 以上信息对疾病诊治非常重要, 请家属**认真、如实、工整**填写, 谢谢配合!

愿我们共同努力, 助患者早日康复!