

# 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	<p>2、身份证号: _____ 民族: _____ 族 宗教信仰: _____</p> <p>3、出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 年龄: _____ 岁 (无身份证号, 填此行)</p> <p>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</p> <p>工作单位: _____</p> <p>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</p> <p>6、户籍地址: _____ 省 _____ 市 _____</p> <p>7、现住地址: _____ 省 _____ 市 _____ (具体到门牌号)</p> <p>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</p> <p>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</p>	
	 扫码上传身份证		
	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!