**居民健康档案封面**

|  |
| --- |
| **编号□□□□□□-□□□-□□□-□□□□□**    **居民健康档案**      姓 名： **xxxx**  现 住 址(院系)： **填写院系**  户籍地址： 如实填写  联系电话： **xxxxxxxxxxx**    乡镇（街道）名称： 珞南街    村（居）委会名称： 华中师范大学社区  建档单位： 华师大社区卫生服务中心  建 档 人： 杨 昌 友  责任医生： 杨 昌 友    建档日期： 年  月 日 (**不填**) |

**个人基本信息表(仅供填写格式参考，请本人必须如实填写)**

**姓名：xxxx 编号□□□-□□□□□**

□**所有方框内填写数字**

**户口在武汉或转来华师则选”户籍”，未转则选”非户籍”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性 别 | | 1 男 2女9未说明的性别0未知的性别 □ | | | | 出生日期 | | **如实填写**□□□□ □□ □□ | | | | | | |
| 身份证号 | | **xxxxxxxxxxxxxxxxxx** | | 工作单位或院系 | | **填写报考院系** | | | | | | | | |
| 本人电话 | | **xxxxxxxxxxx** | 联系人姓名 | **父亲(或母亲)姓名** | | 联系人电话 | | | **父亲(或母亲)电话** | | | | | |
| 常住类型 | | 1户籍 2非户籍 □ | | 民 族 | | 01汉族 99少数民族 □ | | | | | | | | |
| 血 型 | | 1 A型 2 B型 3 O型 4 AB型5不详 / RH阴性：1阴性 2阳性 3不详 □/□ | | | | | | | | | | | | |
| 文化程度 | | 1研究生 2大学本科 3大学专科和专科学校 4中等专业学校 5技工学校 6高中 7初中  8小学 9文盲或半文盲 10不详 □ | | | | | | | | | | | | |
| 职 业 | | 0国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1专业技术人员 2办事人员和有关人员 3商业、服务业人员 4 农、林、牧、渔、水利业生产人员 5生产、运输设备操作人员及有关人员 6军人 7不便分类的其他从业人员 8 无职业 | | | | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | | 1未婚 2 已婚 3丧偶 4离婚 5未说明的婚姻状况 **请如实填写** | | | | | | | | | | □ | | |
| 医疗费用  支付方式 | | 1城镇职工基本医疗保险 2城镇居民基本医疗保险 3新型农村医疗 4贫困救助 5商业医疗保险 6全公费 7全自费 8其他大学生医保 | | | | | | | | | /□/□ | | | |
| 药物过敏史 | | 1无 有：2青霉素 3磺胺 4链霉素 5其他 | | | | | | | | **请如实填写**□/□/□/□ | | | | |
| 暴 露 史 | | 1无 有：2化学品 3毒物 4射线 **请如实填写** | | | | | | | | □/□/□ | | | | |
| 既 往 史 | 疾病 | 1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病 5慢性阻塞性肺疾病 　6恶性肿瘤 7脑卒中  8严重精神障碍9结核病 10肝炎 11其他法定传染病 12职业病 13其他 **请如实填写**  □确诊时间**xxxx** 年 **xx** 月/ □ 确诊时间 年 月/ □ 确诊时间 年 　月  □ 确诊时间 年 月/ □ 确诊时间 年 月/ □ 确诊时间 年 　月 | | | | | | | | | | | | |
| 手 术 | 1无2有：名称1 时间 / 名称2 时间 | | | | | | | | | | | □**请如实填写** | |
| 外 伤 | 1无 2有：名称1 时间 / 名称2 时间 | | | | | | | | | | | □**请如实填写** | |
| 输 血 | 1无 2有：原因1 时间 / 原因2 时间 | | | | | | | | | | | □**请如实填写** | |
| 家 族 史 | | 父 亲 | □/□/□/□/□/□ | | 母 亲 | | □**/**□/□/□/□/□ | | | | | | | |
| 兄弟姐妹 | □/□/□/□/□/□ | | 子 女 | | □/□/□/□/□/□ | | | | | | | |
| 1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病 5慢性阻塞性肺疾病 6恶性肿瘤 7脑卒中  8重性精神疾病 9结核病 10肝炎 11先天畸形 12其他 **（根据家人所患疾病选择数字）** | | | | | | | | | | | | |
| 遗传病史 | | 1无 2有：疾病名称 **请如实填写**  □ | | | | | | | | | | | | |
| 残疾情况 | | 1无残疾 2 视力残疾 3听力残疾 4言语残疾 5 肢体残疾 6智力残疾 7精神残疾 8其他残疾 | | | | | | | □/□/□/□/□/□ | | | | | |
| **(不填)**  生活环境\* | | 厨房排风设施 | 1无 2油烟机 3换气扇 4烟囱 | | | | | | | | | | | □ |
| 燃料类型 | 1液化气 2煤 3天然气 4沼气 5柴火 6其他 | | | | | | | | | | | □ |
| 饮水 | 1自来水 2经净化过滤的水 3井水 4河湖水 5塘水 6其他 | | | | | | | | | | | □ |
| 厕所 | 1卫生厕所 2一格或二格粪池式 3马桶 4露天粪坑 5简易棚厕 | | | | | | | | | | | □ |
| 禽畜栏 | 1单设 2室内 3室外 | | | | | | | | | | | □ |