COVID-19康復者整合門診 申請表

 申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人 | (簽章) | 是否曾在本院就醫 | □初診 □複診 |
| 身份證字號 |  | 健保身份 | □在保中 □中斷 □無 |
| 出生日期 |  年 月 日 | 聯絡電話 | 手機：市話：  |
| 地址 |  |
| 法定代理人 | (簽章) | 與申請人 關係 |  |
| 身份證字號 |  | 聯絡電話 | 手機：市話： |
| 您目前狀態 | □心肺血管系統□神經系統□肌肉骨骼系統□胃腸消化系統□身心精神系統□罹患肌痛性腦脊髓炎/慢性疲勞症候群□其他 | □血中氧濃度不足、□易喘、□胸痛、□心悸□嗅覺喪失、□頭痛、□頭暈、□無力、□腦炎後遺症、□格林─巴利症候群（Guillain-Barre Syndrome）□腦中風的後遺症□肢體無力、□行動困難、□關節疼痛□是否曾插管、□吞嚥困難□認知功能下降、□焦慮、□憂鬱、□睡眠障礙□長期疲倦、□注意力不足、□記憶變差、□多處疼痛□請略為自述現況：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 個人資料保護管理 | **立同意書人（以下簡稱本人），茲聲明已充分瞭解並同意下列事項：**1. 本人同意於醫療、照護服務或特定目的下，貴院及國泰醫療體系醫院得蒐集、處理或利用本人之病歷及醫療記錄。
2. 特定目的外利用：本人同意貴院及國泰醫療體系醫院得依個人資料保護法第5~9條規定下使用本人基本資料，以信件、e-mail、電話等聯絡方式通知衛教、健檢、病友會、院訊、門診表、關懷及滿意度等相關資訊。本項日後如有反對意見，可另填具終止利用之申請。(填具終止利用之申請時，亦不會影響任何就醫權益)
3. 上述資料經貴院權責單位核定後方可處理或利用。
4. 上列個人資料日後如有變更或錯誤，得隨時提出更正或修改，以利資料正確。

立同意書人簽章： (法定)代理人簽章： 與病人關係： 簽署日期： \_\_\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_\_\_日 |