

您家人的個人健康資料

A. 基本資料

姓名 (姓)	(名)	(中間名)
主要連絡地址		
城市	州	郵遞區號
住家電話	公司電話	手機
生日 (月/日/年)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
血型 (如果知道的話)	語言	
職業 (如有相關)	公司電話	
公司名稱	公司傳真	
公司地址	城市	州 郵遞區號

B. 緊急聯絡人

如發生緊急狀況，請通知（主要聯絡人） 關係

地址 城市 州 郵遞區號

住家電話 公司電話 手機

如發生緊急狀況，請通知（次要聯絡人） 關係

地址 城市 州 郵遞區號

住家電話 公司電話 手機

C. 醫療保險資訊

主要醫療保險提供者類型： 私人 聯邦醫療保險 (Medicare) 醫療補助 (Medicaid) 其他

會員編號：

公司名稱（如果是私人保險公司）

團體保險代號：

電話

主要被保險人姓名（如果不同於本表 A 部份的姓名）

主要被保險人僱主（如有相關）

僱主電話號碼

次要醫療保險提供者類型： 私人 聯邦醫療保險 (Medicare) 醫療補助 (Medicaid) 其他

會員編號：

公司名稱（如果是私人保險公司）

團體保險代號：

電話

主要被保險人姓名（如果不同於本表 A 部份的姓名）

主要被保險人僱主（如有相關）

僱主電話號碼

次要醫療保險提供者類型： 私人 聯邦醫療保險 (Medicare) 醫療補助 (Medicaid) 其他

會員編號：

公司名稱（如果是私人保險公司）

團體保險代號：

電話

主要被保險人姓名（如果不同於本表 A 部份的姓名）

主要被保險人僱主（如有相關）

僱主電話號碼

D. 預立醫療指示

(包括「醫療代理人委託書」、「生前預囑」和「授權委託書」)

醫療代理人 (請填寫您家人的「醫療代理人委託書」中指定代理人的基本資料)

姓名	電話	手機	公司電話
代理人住址	城市	州	郵遞區號
代理人公司地址	城市	州	郵遞區號
文件存放位置 (實際位置, 如保險箱)			
文件聯絡人 (能拿到這份文件的人)		電話	

生前預囑

文件存放位置 (實際位置, 如保險箱)			
文件聯絡人 (能拿到這份文件的人)		電話號碼	

授權委託書 (請填寫被委託人的基本資料)

姓名	電話	手機	公司電話
地址	城市	州	郵遞區號
公司地址	城市	州	郵遞區號
文件存放位置 (實際位置, 如保險箱)			
文件聯絡人 (能拿到這份文件的人)		電話號碼	

E. 過敏/藥物敏感反應

(包括藥物、食物、環境因素和其他)

過敏原	反應	最後一次發生	治療

F. 您家人的病史

請勾選所有符合您家人目前健康狀況和先前任何病症的項目。

<input type="checkbox"/> 酗酒	<input type="checkbox"/> 高血壓
<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 腎臟疾病
<input type="checkbox"/> 氣喘	<input type="checkbox"/> 心智發展遲緩
<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 風濕熱
<input type="checkbox"/> 糖尿病 類型： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> 癲癇
<input type="checkbox"/> 肺氣腫	<input type="checkbox"/> 胃部、肝臟或腸道疾病
<input type="checkbox"/> 青光眼	<input type="checkbox"/> 中風
<input type="checkbox"/> 心臟疾病	<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病
<input type="checkbox"/> 洗腎	<input type="checkbox"/> 肺結核
<input type="checkbox"/> 肝炎 類型： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 腫瘤
<input type="checkbox"/> 高膽固醇	<input type="checkbox"/> 其他

