**附件3**

**个人基本信息表**

**姓 名： 编号□□□-□□□□□**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 性 别 | | 1男 2女 9未说明的性别 0未知的性别 □ | | | | 出生日期 | | □□□□ □□ □□ | | | | | | |
| 身份证号 | |  | | 工作单位 | |  | | | | | | | | |
| 本人电话 | |  | 联系人姓名 |  | | 联系人电话 | |  | | | | | | |
| 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：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 | | | | | | | | | | □ | | |
| 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新型农村合作医疗  4贫困救助 5商业医疗保险 6全公费 7全自费 8其他 | | | | | | | | | □/□/□ | | | |
| 药物过敏史 | | 1无 2青霉素 3磺胺 4链霉素 5其他 | | | | | | | □/□/□/□ | | | | | |
| 暴 露 史 | | 1无 2化学品 3毒物 4射线 | | | | | | | | □/□/□ | | | | |
| 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  □ 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/ □ 确诊时间 年 　月 | | | | | | | | | | | | |
| 手 术 | 1无 2有：名称① 时间 / 名称② 时间 | | | | | | | | | | | □ | |
| 外 伤 | 1无 2有：名称① 时间 / 名称② 时间 | | | | | | | | | | | □ | |
| 输 血 | 1无 2有：原因① 时间 / 原因② 时间 | | | | | | | | | | | □ | |
| 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严重精神障碍 9结核病 10肝炎 11先天畸形 12其他 | | | | | | | | | | | | |
| 遗传病史 | | 1无 2有：疾病名称 □ | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | □/□/□/□/□/□ | | | | | | |
| 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无 2单设 3室内 4室外 | | | | | | | | | | | □ |

**填表说明：**

1．本表用于居民首次建立健康档案时填写。如果居民的个人信息有所变动，可在原条目处修改，并注明修改时间或重新填写。若失访，在空白处写明失访原因；若死亡，写明死亡日期和死亡原因。若迁出，记录迁往地点基本情况、档案交接记录。0-6岁儿童无须填写该表。

2．性别：按照国标分为男、女、未知的性别及未说明的性别。

3．出生日期：根据居民身份证的出生日期，按照年（4位）、月（2位）、日（2位）顺序填写，如19490101。

4．工作单位：应填写目前所在工作单位的全称。离退休者填写最后工作单位的全称；下岗待业或无工作经历者需具体注明。

5．联系人姓名：填写与建档对象关系紧密的亲友姓名。

6．民族：少数民族应填写全称，如彝族、回族等。

7．血型：在前一个“□”内填写与ABO血型对应编号的数字；在后一个“□”内填写与“RH”血型对应编号的数字。

8．文化程度：指截至建档时间，本人接受国内外教育所取得的最高学历或现有水平所相当的学历。

9．药物过敏史：表中药物过敏主要列出青霉素、磺胺或者链霉素过敏，如有其他药物过敏，请在其他栏中写明名称。

10．既往史：

（1）疾病 填写现在和过去曾经患过的某种疾病，包括建档时还未治愈的慢性病或某些反复发作的疾病，并写明确诊时间，如有恶性肿瘤，请写明具体的部位或疾病名称，如有职业病，请填写具体名称。对于经医疗单位明确诊断的疾病都应以一级及以上医院的正式诊断为依据，有病史卡的以卡上的疾病名称为准，没有病史卡的应有证据证明是经过医院明确诊断的。可以多选。

（2）手术 填写曾经接受过的手术治疗。如有，应填写具体手术名称和手术时间。

（3）外伤 填写曾经发生的后果比较严重的外伤经历。如有，应填写具体外伤名称和发生时间。

（4）输血 填写曾经接受过的输血情况。如有，应填写具体输血原因和发生时间。

11．家族史：指直系亲属（父亲、母亲、兄弟姐妹、子女）中是否患过所列出的具有遗传性或遗传倾向的疾病或症状。有则选择具体疾病名称对应编号的数字，可以多选。没有列出的请在“其他”中写明。

12.生活环境：农村地区在建立居民健康档案时需根据实际情况选择填写此项。