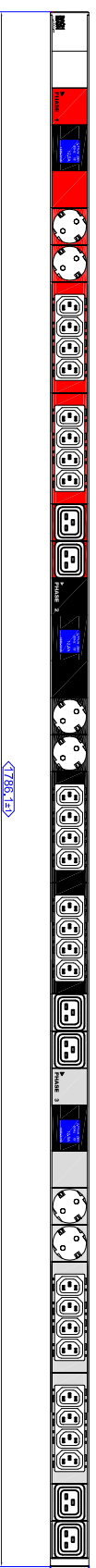
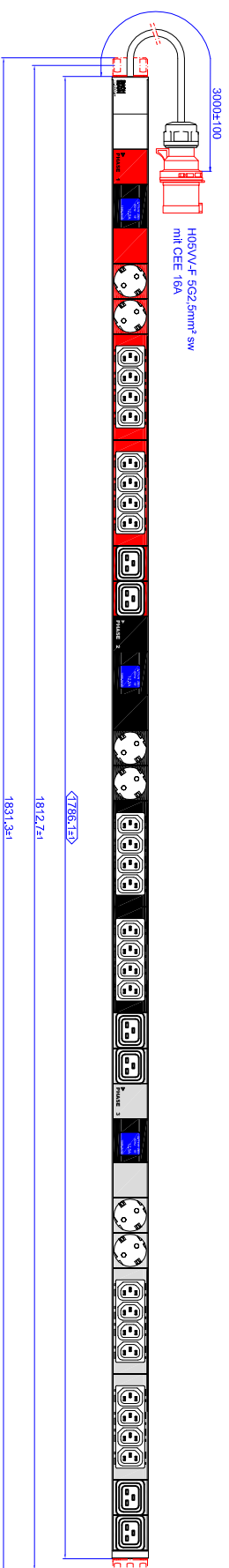
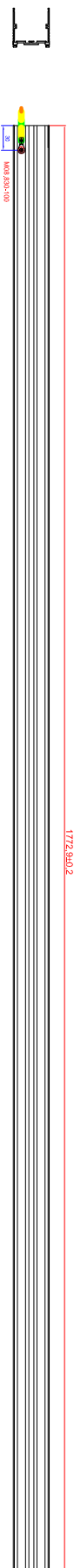


BAN0015336 / 800.2402



1. 姓名 (Name) 2. 性别 (Gender) 3. 年龄 (Age) 4. 职业 (Occupation) 5. 住址 (Address) 6. 联系电话 (Phone Number) 7. 电子邮箱 (Email Address) 8. 身份证号 (ID Number) 9. 血型 (Blood Type) 10. 过敏史 (Allergy History) 11. 既往病史 (Past Medical History) 12. 手术史 (Surgical History) 13. 家族病史 (Family Medical History) 14. 其他 (Other)		15. 医生 (Doctor) 16. 护士 (Nurse) 17. 药师 (Pharmacist) 18. 检验师 (Lab Technician) 19. 放射技师 (Radiology Technician) 20. 其他 (Other)	21. 科室 (Department) 22. 病区 (Ward) 23. 床位 (Bed) 24. 住院号 (Inpatient Number) 25. 门诊号 (Outpatient Number) 26. 手术号 (Surgical Number) 27. 检查号 (Examination Number) 28. 其他 (Other)
---	--	---	--