



個人健康摘要

PERSONAL HEALTH SUMMARY

日期：

DATE:

個人資料 PERSONAL INFORMATION

名字
FIRST NAME

中間名縮寫
MIDDLE I.

姓氏
LAST NAME

街道地址
STREET ADDRESS

城市
CITY

州
STATE

郵遞區號
ZIP CODE

出生日期 (月/日/年)
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)

電話號碼
PHONE NUMBER

電子郵件
EMAIL

緊急聯絡人 EMERGENCY CONTACT

姓名
NAME

關係
RELATIONSHIP

主要電話號碼
PRIMARY PHONE NUMBER

備用電話號碼
SECONDARY PHONE NUMBER

電子郵件
EMAIL

初級保健提供者 PRIMARY CARE PROVIDER

名稱
NAME

電話號碼
PHONE NUMBER

街道地址
STREET ADDRESS

城市
CITY

州
STATE

郵遞區號
ZIP CODE

藥物、維他命、補充品和草藥 MEDICATIONS, VITAMINS, SUPPLEMENTS AND HERBALS

名稱 NAME	用量和頻率 HOW MUCH AND HOW OFTEN

藥房資訊 PHARMACY INFORMATION

藥房名稱
PHARMACY NAME

電話號碼
PHONE NUMBER

街道地址
STREET ADDRESS

城市
CITY

州
STATE

郵遞區號
ZIP CODE

药房名称
PHARMACY NAME

電話號碼
PHONE NUMBER

街道地址
STREET ADDRESS

城市
CITY

州
STATE

郵遞區號
ZIP CODE

健康保險 HEALTH INSURANCE

主要保險名稱
PRIMARY INSURANCE NAME

ID 號碼
ID #

PCN 號碼
PCN #

團體保險號碼
GROUP #

BIN 號碼
BIN #

次要保險名稱
SECONDARY INSURANCE NAME

ID 號碼
ID #

PCN 號碼
PCN #

團體保險號碼
GROUP #

BIN 號碼
BIN #

醫療記錄 MEDICAL HISTORY

過敏藥物 ALLERGIES TO MEDICATION

處方已開立 EpiPen
EpiPen is prescribed