



# NEW PATIENT REGISTRATION FORM

Admin to complete  
Patient details added to file  
Date/Initial: \_\_\_\_\_

Clinical team to complete  
Patient details updated in MD  
Date/Initial: \_\_\_\_\_

我们所要求的信息有助于我们为您提供最高水平的医疗服务，并用于在必要时向参与您医疗护理的相关人员披露，以及用于行政和账单处理，包括遵守 Medicare 和健康保险委员会的相关要求。本表格符合澳大利亚皇家全科医师学院 (RACGP) 全科诊所标准 (第五版)。这意味着您的个人健康信息将按照联邦和州隐私法的要求被严格保密和安全保存。如果您对此有任何疑问，请将相关部分留空，并与您的全科医生讨论。

## Patient Details 患者基本信息

Title 称呼: Mr / Mrs / Ms / Miss / Master / Other 其他

First Name 名: \_\_\_\_\_ Middle Name 中间名: \_\_\_\_\_

Surname 姓: \_\_\_\_\_ Preferred Name 常用名: \_\_\_\_\_

Date of Birth 出生日期: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Gender 性别: \_\_\_\_\_ 职业: \_\_\_\_\_

Marital Status 婚姻状况: Single 单身 / Married 已婚 / De facto 同居 / Separated 分居 / Divorced 离婚 / Widowed 丧偶

Home Address 居住地址: \_\_\_\_\_ Postcode 邮编: \_\_\_\_\_

Postal Address 通讯地址 (如不同): \_\_\_\_\_ Postcode 邮编: \_\_\_\_\_

Email 电子邮箱: \_\_\_\_\_

Phone 电话: \_\_\_\_\_ Work 工作电话: \_\_\_\_\_ Mobile 手机: \_\_\_\_\_

Consent to SMS reminders 同意短信提醒: Yes 是 / No 否

Consent for My Health Record upload 同意上传至个人健康档案: Yes 是 / No 否

Medicare Number 医保卡号: \_\_\_\_\_ IRN: \_\_\_\_\_ Expiry 有效期: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Concession/Pension/Veterans Card 优惠/养老金/退伍军人卡: \_\_\_\_\_ Expiry 有效期: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Next of Kin 紧急联系人

Name 姓名: \_\_\_\_\_

Relationship 关系: \_\_\_\_\_

Phone 电话: \_\_\_\_\_

Mobile 手机: \_\_\_\_\_

Emergency Contact 紧急联系人 (如不同):

Name 姓名: \_\_\_\_\_

Relationship 关系: \_\_\_\_\_

Phone 电话: \_\_\_\_\_

Mobile 手机: \_\_\_\_\_

## Cultural Background 文化背景

Are you Aboriginal or Torres Strait Islander? 您是否为原住民或托雷斯海峡岛民?

Aboriginal 原住民 / Torres Strait Islander 托雷斯海峡岛民 / Neither 否

Country of Birth 出生国家: \_\_\_\_\_ Ethnicity 族裔: \_\_\_\_\_

Year Arrived in Australia 抵澳年份: \_\_\_\_\_

Interpreter Needed? 是否需要口译: Yes 是 / No 否 Language 语言: \_\_\_\_\_

Alcohol History 饮酒史

Do you drink alcohol? 您是否饮酒? Yes 是 / No 否 / Never 从不

Frequency 饮酒频率:

- Monthly or less 每月一次或更少 // 2-4x/month 每月 2-4 次 // 2-3x/week 每周 2-3 次 // 4+ times/week 每周 4 次以上

Daily Intake 每日饮酒量: 1-2 / 3-4 / 5-6 / 7-9 / 10+

Heavy occasions 是否每次超过 6 杯:

Never 从不 / Weekly 每周 / Monthly 每月 / Less than monthly 少于每月 / Daily 每天

Concerned about drinking? 是否担心饮酒情况? Yes 是 / No 否 / Don't know 不确定

Allergies & Reactions 过敏与不良反应

Do you have allergies? 是否有药物或敷料过敏? Yes 是 / No 否

Substance 过敏物质: \_\_\_\_\_

Reaction 反应 (如皮疹、气喘、过敏性休克): \_\_\_\_\_

Medical History 病史(请标注是哪位家庭成员)

Diabetes 糖尿病: \_\_\_\_\_ Cancer 癌症: \_\_\_\_\_

Heart Disease 心脏病: \_\_\_\_\_ Asthma 哮喘: \_\_\_\_\_

Other 其他: \_\_\_\_\_

Family History 家族病史: \_\_\_\_\_

Smoking History 吸烟史

Smoker 吸烟者 / Ex-smoker 戒烟者 / Never smoked 从不吸烟

Frequency 频率: Daily 每天 / Weekly 每周 / Less than weekly 少于每周 Cigarettes per day 每日支数: \_\_\_\_\_

Year Started 开始年份: \_\_\_\_\_ Last Quit Attempt 上次戒烟尝试: \_\_\_\_\_

Immunisations 免疫接种记录

Birth 出生

6 weeks / 2 months 六周/两个月

12 months 十二个月

Year 7 school vaccines 七年级疫苗

4 months 四个月

18 months 十八个月

Year 10 school vaccines 十年级疫苗

6 months 六个月

4 years 四岁

Other 其他: \_\_\_\_\_

Medication List 用药清单

Name 药物名称: \_\_\_\_\_ Reason 用途: \_\_\_\_\_

Name 药物名称: \_\_\_\_\_ Reason 用途: \_\_\_\_\_

Name 药物名称: \_\_\_\_\_ Reason 用途: \_\_\_\_\_

Privacy Consent 隐私同意

隐私同意书

我已阅读以上信息，并理解必须收集我的资料的原因。我也明白本诊所已制定处理患者信息的隐私政策。我理解我没有义务提供被要求的任何信息，但如果不提供，可能会影响我所获得的医疗服务和治疗质量。我知悉我有权访问关于我的个人信息，除非在某些情况下出于正当理由可能被拒绝访问。在这种情况下，我将获得相应的解释。我理解，如果我的信息被用于上述用途以外的其他目的，诊所将会征求我的进一步同意。

我同意本诊所在符合上述用途的范围内处理我的信息，并以书面方式通知诊所我对信息访问或披露所作的任何限制。

诊所使用 AI 记录系统 (AI Scribe)

本诊所使用 AI 记录系统，以便医生能够将更多精力放在与您的交流上，而减少电脑文书工作。

我同意在我的就诊/预约过程中使用 AI 记录系统:

同意 (Yes)  不同意 (No)

Patient Name 患者姓名: \_\_\_\_\_ Date 日期: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature 签名: \_\_\_\_\_