

新加坡同济医院
新加坡振瑞路五十号同济大厦
电话: 67336905, 67335579, 67337262, 67333994
传真: 67333552



SINGAPORE THONG CHAI MEDICAL INSTITUTION
50, Chin Swee Road, #01-01
Thong Chai Building, Singapore 169874
Tel: 67336905, 67335579, 67337262, 67333994
Fax: 67333552
Email: stemi@singnet.com.sg

Reg No. 196000175E

新加坡同济医院病患接受针灸治疗同意书

患者姓名:	男/女	出生日期:
电话号码:		居民证号:

本人明白针灸的治疗作用和临床功效，也清楚了解在针灸治疗的过程中，或疗程结束后，可能出现的一些不适状况，我愿意接受此项治疗，特此声明。

日期

患者签名

监护人签名

值日医师签名

I/C NO. _____
(未满 21 岁者，需监护人签名)

新加坡同济医院
新加坡振瑞路五十号同济大厦
电话: 67336905, 67335579, 67337262, 67333994
传真: 67333552



SINGAPORE THONG CHAI MEDICAL INSTITUTION
50, Chin Swee Road, #01-01
Thong Chai Building, Singapore 169874
Tel: 67336905, 67335579, 67337262, 67333994
Fax: 67333552
Email: stemi@singnet.com.sg

Reg No. 196000175E

愿意接受针灸治疗的病患，若有隐疾，必须向医师透露；此
项措施将严格保密，病患名字绝不会出现在任何可能发表的医药
文章中，有关病案仅供学术的研究和参考之用。

(请在空格□内勾“✓”)

- | | | | |
|----------------|----|----|------|
| (一) 心脏病 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (二) 糖尿病 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (三) 肝炎 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (四) 皮肤病 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (五) 癌症 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (六) 性病 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (七) 爱之病 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (八) 惊风 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (九) 不正常出血 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (十) 血小板过低 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (十一) 肺结核 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (十二) 肾病 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (十三) 流行性感冒 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (十四) 怀孕 | 有□ | 无□ | 不确定□ |
| (十五) 其他: | 有□ | 无□ | 不确定□ |

若有任何疑问，请咨询您的医师。