

生活习惯评价结果通知单

受检者姓名		身份证号	
检查日期		检查地点	<input type="checkbox"/> 来院 <input type="checkbox"/> 出差

饮酒	<input type="checkbox"/> 非饮酒者	<input type="checkbox"/> 适量饮酒者	<input type="checkbox"/> 危险饮酒者	<input type="checkbox"/> 疑似酒精使用障碍
	戒酒/节制饮酒处方	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 无	
	处方	<input type="checkbox"/> 咨询与培训 <input type="checkbox"/> 药物处方	<input type="checkbox"/> 联系（戒酒团体、戒酒门诊）	

您的生活习惯评价结果如上。

20 . . .

诊断日期

筛查医师：许可证(资格证)号

姓名 (签名)
(疗养机构标志)