



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

常規健康評估——家庭／個人病史

現時護理您的其他醫生的姓名以及他們所治療的疾病

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |
| 5. _____ | 6. _____ |

主要語言 英語 西班牙語 其他

交流需要 譯員 其他

是否有任何學習障礙 無 言語 認知 聽力 視力 無法讀寫

最佳學習方式 言語 閱讀 示範 電視 圖像 小組學習

您是否頻繁接觸兒童或與其同住 否 是 如果是，請於下方列出

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 年齡 _____ | 關係 _____ |
| 2. _____ | 年齡 _____ | 關係 _____ |
| 3. _____ | 年齡 _____ | 關係 _____ |
| 4. _____ | 年齡 _____ | 關係 _____ |
| 5. _____ | 年齡 _____ | 關係 _____ |

宗教信仰 _____ 列出任何特定的宗教或文化需求 _____

放射療法治療

開始日期	結束日期	接受治療的身體部分	醫院	醫生

化學治療

開始日期	結束日期	化療名稱	醫院	醫生



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age _____ MRN _____

過敏症 NKA (無已知過敏症)

#1 _____	#2 _____	#3 _____	#4 _____
<input type="checkbox"/> 過敏性反應	<input type="checkbox"/> 過敏性反應	<input type="checkbox"/> 過敏性反應	<input type="checkbox"/> 過敏性反應
<input type="checkbox"/> 血液紊亂	<input type="checkbox"/> 血液紊亂	<input type="checkbox"/> 血液紊亂	<input type="checkbox"/> 血液紊亂
<input type="checkbox"/> 心臟停搏	<input type="checkbox"/> 心臟停搏	<input type="checkbox"/> 心臟停搏	<input type="checkbox"/> 心臟停搏
<input type="checkbox"/> 呼吸困難 (呼吸短促)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 (呼吸短促)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 (呼吸短促)	<input type="checkbox"/> 呼吸困難 (呼吸短促)
<input type="checkbox"/> 浮腫/腫脹	<input type="checkbox"/> 浮腫/腫脹	<input type="checkbox"/> 浮腫/腫脹	<input type="checkbox"/> 浮腫/腫脹
<input type="checkbox"/> 蕁麻疹癢	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹癢	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹癢	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹癢

過往病史 檢查您是否罹患 無主動型問題

<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 淋病	<input type="checkbox"/> 肺病 (肺結核)	<input type="checkbox"/> 復發性感冒 (上呼吸道感染)
<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 枯草熱	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 風濕熱
<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 腦膜炎	<input type="checkbox"/> 報告前骨 (骨科)
<input type="checkbox"/> 雞痘 (水痘)	<input type="checkbox"/> 艾滋病	<input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎	<input type="checkbox"/> 癲癇發作
<input type="checkbox"/> 衣原體感染	<input type="checkbox"/> 蕁麻疹	<input type="checkbox"/> 陽性 + 肺結核 / PPD 檢測 (結核菌素 PPD 硬化)	<input type="checkbox"/> 皮膚病
<input type="checkbox"/> 典型偏頭痛 (有預兆)	<input type="checkbox"/> 高血壓症 (高血壓)	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> 紋身
<input type="checkbox"/> 典型偏頭痛 (無預兆)	<input type="checkbox"/> 關節問題	<input type="checkbox"/> 小兒麻痺症	<input type="checkbox"/> 結核病
<input type="checkbox"/> 抑鬱症	<input type="checkbox"/> 腎臟疾病	<input type="checkbox"/> 問題	<input type="checkbox"/> 一型糖尿病
<input type="checkbox"/> 濕疹	<input type="checkbox"/> 腎結石 (腎石病)	<input type="checkbox"/> 復發性細菌感染	<input type="checkbox"/> 二型糖尿病
<input type="checkbox"/> 生殖器疱疹 (陰莖)	<input type="checkbox"/> 肝臟失調		<input type="checkbox"/> 百日咳
<input type="checkbox"/> 生殖器疱疹 (外陰)			<input type="checkbox"/> 其他 _____

受傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> (重大) 受傷/事故 <input type="checkbox"/> 頭部受傷 <input type="checkbox"/> 關節脫位	住院 <input type="checkbox"/> 是否曾住院? 如果是, 請說明住院原因 _____
---	---

過往外科手術史 檢查您是否做過

<input type="checkbox"/> 闌尾切除術	<input type="checkbox"/> 子宮切除術
<input type="checkbox"/> 乳房切除術 (切除乳房)	<input type="checkbox"/> 扁桃腺切除術
<input type="checkbox"/> 輸血	<input type="checkbox"/> 切除兩個卵巢 (雙側卵巢切除術)
<input type="checkbox"/> 乳房腫瘤切除術 (切除乳房腫瘤)	<input type="checkbox"/> 切除一個卵巢 (單側卵巢切除術)
<input type="checkbox"/> 切除膽囊 (膽囊切除術)	<input type="checkbox"/> 其他 _____

懷孕史 (如適用)

月經初潮年齡 ____ 歲 (月經初潮)	過往剖腹產次數 ____
過往懷孕次數 ____	過往流產次數 ____ (可選)
<input type="checkbox"/> 絕經 (歷史)	過往流產次數 ____
過往成功懷孕次數 ____	過往輸卵管懷孕次數 ____
過往正常陰道分娩次數 ____	妊娠併發症 _____



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age _____ MRN _____

社會歷史							
婚姻狀況							
<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 單身戀愛中 <input type="checkbox"/> 現時已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離異							
最高教育程度 文法學校（已完成級別）_____							
<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 持高中文憑 <input type="checkbox"/> 副學士學位 <input type="checkbox"/> 學士學位 <input type="checkbox"/> 碩士學位 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
菸草使用				飲酒			
<input type="checkbox"/> 從不吸煙 <input type="checkbox"/> 過去曾吸煙 <input type="checkbox"/> 吸煙 <input type="checkbox"/> 吸煙狀況未知 <input type="checkbox"/> 每日吸煙 <input type="checkbox"/> 不清楚是否曾吸煙				<input type="checkbox"/> 從不飲酒 <input type="checkbox"/> 應酬飲酒 <input type="checkbox"/> 適量飲酒（每日飲酒 2 次或以下） <input type="checkbox"/> 重度飲酒 <input type="checkbox"/> 酗酒			
類型				是否需要幫助？			
<input type="checkbox"/> 每日吸煙數量 _____ <input type="checkbox"/> 吸煙管 - 每日吸煙頻率 _____ <input type="checkbox"/> 現時使用無菸菸草 <input type="checkbox"/> 每日吸煙支數				<input type="checkbox"/> 考慮戒酒			
是否需要幫助？ <input type="checkbox"/> 考慮戒煙							
用藥							
<input type="checkbox"/> 使用娛樂性藥物 <input type="checkbox"/> 使用靜脈注射藥物 <input type="checkbox"/> 無法停止用藥							
是否需要幫助？ <input type="checkbox"/> 考慮戒藥							
性行為概述							
<input type="checkbox"/> 拒絕性行為 <input type="checkbox"/> 過往一年性活躍伴侶數量 ____ <input type="checkbox"/> 性活躍 <input type="checkbox"/> 同性取向							
其他							
<input type="checkbox"/> 對工作滿意 <input type="checkbox"/> 對工作不滿意 職業 _____ <input type="checkbox"/> 定期鍛煉 <input type="checkbox"/> 每週適度鍛煉 3 次或以上 <input type="checkbox"/> 每週適度鍛煉不足 3 次 <input type="checkbox"/> 使用安全設備 - 安全帶 <input type="checkbox"/> 使用安全設備 - 護頭裝置 <input type="checkbox"/> 無法入睡 <input type="checkbox"/> 是否曾被伴侶推撞？ <input type="checkbox"/> 物質／財務濫用 - 是否有任何人濫用您的金錢？ _____							
家人健康狀況							
關係	父親	母親	<input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹	<input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹	<input type="checkbox"/> 女兒 <input type="checkbox"/> 兒子	<input type="checkbox"/> 女兒 <input type="checkbox"/> 兒子	其他關係 _____
出生日期 (可選)	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
去世日期							
乳腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結腸癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

關係 續	父親	母親	<input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹	<input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 姐妹	<input type="checkbox"/> 女兒 <input type="checkbox"/> 兒子	<input type="checkbox"/> 女兒 <input type="checkbox"/> 兒子	其他關係 _____
哮喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血壓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痙攣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臟病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高膽固醇	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肥胖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲狀腺異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
酗酒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心臟病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
結核病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
精神失常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

藥物治療

藥物名稱	劑量	服藥頻率	備註

問題清單

描述 _____



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____/____/____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

免疫接種

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	破傷風/百日咳 (破傷風、白喉、百日咳疫苗)	日期 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	流行性感冒 (流感)	日期 _____
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	肺炎疫苗	日期 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	Zostavax (帶狀皰疹疫苗)	日期 _____

系統審核 - 您目前或過往一年是否有下列任何症狀?

體質上	<input type="checkbox"/> 皆否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	發燒	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	感覺不適	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	最近增加體重 (____ 磅)
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	發冷	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	感到疲憊	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	最近減少體重 (____ 磅)

眼睛	<input type="checkbox"/> 皆否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	眼痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	視力問題	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	眼睛乾澀
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	紅眼	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	流眼淚	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	眼睛癢

耳/鼻/喉	<input type="checkbox"/> 皆否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	耳痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	流鼻涕	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	流鼻血
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	咽喉痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	聽力受損	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	聲音嘶啞
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	耳鳴				

心血管	<input type="checkbox"/> 皆否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	心率過慢	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	胸痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	心率過快
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	鍛煉後腿痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	聲音嘶啞	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	心悸

呼吸	<input type="checkbox"/> 皆否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	呼吸短促	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	咳血
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	哮喘	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	咳嗽
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	用力時呼吸短促	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	躺下時呼吸困難
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	醒來時呼吸短促	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	睡眠時停止呼吸

胃腸	<input type="checkbox"/> 皆否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	腹痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	噁心
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	嘔吐	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	便秘
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	腹瀉	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	大便帶血
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	胃灼熱	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	改變大便習慣

泌尿生殖器 (女性) 不適用 皆否

上次月經日期 _____ 週期時間 _____ 天

<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	排尿時疼痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	漏尿	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	骨盆痛
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	陰道異常排液	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	血尿	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	經期正常
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	陰道異常出血	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	尿頻		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	嚴重痛經	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	乳房自檢		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	用過宮內節育器(IUD)				

性交後陰道出血 是 否

痛經 是 否

月經不調 是 否

月經量過多 是 否

我接受過女性性功能障礙的治療；請描述 _____

您是否經歷過絕經？如果是，開始年齡是 _____

您是否發生過潮熱？ 否 中度 適度 嚴重



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

您是否服用過激素？ 是 否

如果是，請說明類型 _____

持續時間 _____ 停用時間？ _____

您是否服用過避孕藥？ 是 否

如果是，請說明類型 _____

持續時間 _____ 停用時間？ _____

泌尿生殖器（男性） 不適用 皆否

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|---------|----------------------------|----------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 排尿時疼痛 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 漏尿 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 排尿開始時困難 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 生殖器病變 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 血尿 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 夜尿多 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 睪丸疼痛 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 睪丸自檢 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 尿頻 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 勃起功能障礙 |

請描述現時的勃起功能 正常 稍微困難 難度適中 非常困難

若您有困難，是何時開始的？ (月/年) _____

肌肉與骨骼 皆否

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 關節痛 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 關節腫脹 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 四肢酸痛 |
| | | | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 肌肉酸痛 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 關節僵硬 |
| | | | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 肢體腫脹 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 下背疼痛 |

外皮 皆否

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 皮疹 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 發癢 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 乳房疼痛 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 皮膚病變 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 皮膚損傷 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 乳房腫塊 |

神經方面 皆否

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|----|----------------------------|----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 頭痛 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 麻木 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 刺痛 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 侷促不安 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 眩暈 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 四肢乏力 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 痙攣 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 昏暈 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 走路困難 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 失去知覺 | | | | | | |

精神病 皆否

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 有自殺傾向 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 焦慮 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 個性改變 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 抑鬱 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 睡眠障礙 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 四肢乏力 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 對日常活動缺乏興趣 | | | | | | |

內分泌 皆否

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 眼睛突出 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 口渴難耐 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 無力感 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 熱潮紅 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 進食過量 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 肌無力 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 尿頻 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 聲音低沉 | | | |

血紅素/淋巴 皆否

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|----------------------------|-----|----------------------------|----------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 腺腫 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 易出血 | <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 容易擦傷 |
| <input type="checkbox"/> 是 | <input type="checkbox"/> 否 | 頸部腫腺 | | | | | | |



First Name _____ Last Name _____ Sex ____ Today's Date ____ / ____ / ____

Provider Name _____ DOB _____ Age ____ MRN _____

其他

18 歲時體重 _____ 磅

是 否
 是 否

您是否有事先聲明？如有，請提供副本。
您是否想獲得有關事先聲明的資訊？

最重體重 _____ 磅

是 否
 是 否
 是 否

您是否希望進行艾滋病檢測？
是否有人在您的家或在其他地點傷害您或威脅傷害您？
是否有任何人濫用您的金錢、食物、衣服、房屋或拒絕為您提供醫療護理？

骨密度掃描

最近做的一年 _____

結果 _____

結腸鏡檢查

最近做的一年 _____

結果 _____

乳房 x 光攝影片

最近做的一年 _____

結果 _____

PAP 檢測

最近做的一年 _____

結果 _____

附加備註

INFORMATION REVIEWED BY

Name _____ Physician _____ Date/Time _____

Name _____ RN _____ Date/Time _____

Name _____ MA _____ Date/Time _____

INFORMATION COMPLETED BY

Name _____ Relationship _____ Date/Time _____

簽名

日期 _____ 時間 _____

簽名 _____

(患者/法定代表)

如果由患者以外的人士簽署，請指明關係 _____

正楷姓名 _____

(法定代表)

Witness Signature _____ Print Name _____