

MEDICAL QUESTIONNAIRE

NAME 名字 _____ DOB 出生日期 _____

If you do not understand a question or you do not feel comfortable in answering a question, leave it blank and go on to the next questions. Some questions may not apply to you.

如果你不明白以下問題或感覺得不便回答, 可以留空繼續回答下一個問題. 部份問題不一定是針對你的情況.

REFERRING MD 轉診醫生 _____ PRIMARY MD 家庭醫生 _____

PAST MEDICAL HISTORY 過去的病史

ILLNESSES:

Date Discovered 發現患病日期

<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否	High blood pressure 高血壓	_____
<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否	Diabetes 糖尿病	_____
<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否	Heart problems 心臟問題	_____
<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否	Cancer 癌症 (type) _____	_____
<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否	Stroke 中風	_____
<input type="checkbox"/> Yes 是	<input type="checkbox"/> No 否	Blood clots 血液堵塞	_____
Others 其它: _____			_____

CURRENT MEDICATIONS 現在服用藥物情況

Name 名稱	Amount and frequency taken 服用數量及頻率	Name 名稱	Amount and frequency taken 服用數量及頻率
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HERBAL, VITAMIN, OR NUTRITIONAL THERAPIES (including acupuncture)

服用中藥維他命或營養療法 (包括針灸)

Name 名稱	Amount and frequency taken 服用數量及頻率	Name 名稱	Amount and frequency taken 服用數量及頻率
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

PAST SURGERIES 手術歷史

Type 手術種類	Date 日期
_____	_____
_____	_____
_____	_____

SOCIAL HISTORY 社交歷史

Marital status 婚姻狀況 Single 單身 Married 已婚 Divorced 離婚 Widowed 配偶去世
Occupation 職業 _____

Do you smoke cigarettes now? 是否有抽煙的習慣? Yes 是 No 否

Have you smoked in the past? 是否有抽煙史? ___ Yes 是 ___ No 否

When did you start? 開始時間 _____

When did you quit? 戒煙時間 _____

Do you drink alcohol? 是否有喝酒的習慣? ___ Yes 是 ___ No 否

Amount and frequency taken 飲酒量及頻率 _____

HEALTH REVIEW (last 3 months)

YES 是

NO 否

HEART 心臟

Chest pain 是否感到胸口疼痛? _____ _____

Heart murmur 是否被告知患有雜音? _____ _____

Abnormal EKG 是否檢查心電圖時有異常? _____ _____

JOINTS/EXTREMITIES 關節/四肢

Bone or joint pain or stiffness 骨關節是否感覺疼痛或麻木? _____ _____

Swelling/lymphedema 手臂是否感覺腫脹? 是否有過淋巴水腫? _____ _____

NEUROLOGIC 神經

Seizure 是否有過癲癇發作的經歷? _____ _____

Weakness of an arm, leg, or other part of your body

是否感到手臂, 腿部或身體其它部份無力? _____ _____

OTHER 其它

What condition are you here for? 請問你來這裡的原因是什麼?

How long have you had this condition? 請問你有這個問題多久了?

What caused this condition? 這是如何造成的?

Have you had this condition before? If so, what treatment did you receive?

以前有過這個問題嗎? 有沒有接受過任何治療?
