

**Patient History 個人病史**

Patient's Name 姓名: \_\_\_\_\_ Date of Birth 出生日期: \_\_\_\_\_ Age 年齡: \_\_\_\_\_

Chief Complaint 主要症状: \_\_\_\_\_ Today's Date 今天日期: \_\_\_\_\_

**DRUG ALLERGIES 藥物過敏史**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Any Flu Vaccine? 打过流感疫苗吗?**

**Yes: When 如是, 何时:** \_\_\_\_\_

**Where 在哪里注射的:** \_\_\_\_\_

**No 没有** \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY 家族病史**

	Father 爸	Mother 妈	Siblings 兄弟姐妹	Children 孩子
Heart Disease 心臟病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure 高血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke 中风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma 青光眼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer 癌症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental Illness 精神病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma 气喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CURRENT MEDICATION 现服药物**


**HOSPITALIZATION OR SURGERY 住院/手术史**

Date 日期	Reason 原因	Date 日期	Reason 原因

**MEDICAL HISTORY 个人過去病史**

- Asthma 哮喘
- Anemia 貧血
- Arthritis 关节炎
- Allergies/Hay Fever 过敏
- Bronchitis 支氣管炎
- Chest Pain 心疼
- Constipation 便秘
- Diarrhea 腹瀉
- Diabetes 糖尿病
- Dizziness/Fainting 头晕
- depression 憂鬱症

- Hepatitis 肝炎
- Headache 痛
- High Blood Pressure 高血压
- Heart Murmur 心杂音
- Heart Palpitation 心悸
- Heart Disease 心臟病
- Shortness of Breath 氣喘
- Stroke 中风
- Ulcer 潰瘍
- High Cholesterol 胆固醇偏高
- Other 其他 \_\_\_\_\_

**HABITS 习惯:**

Smoke 抽煙:

Packs/day 一天几包: \_\_\_\_\_

How long 多长时间: \_\_\_\_\_

Quit? When? 是否戒烟? 何时? \_\_\_\_\_

Interested in quitting? 有兴趣戒烟吗? \_\_\_\_\_

Alcohol 喝酒:

Type 种类: \_\_\_\_\_

Amount 分量: \_\_\_\_\_

Frequency 频率: \_\_\_\_\_