

HEALTH HISTORY 病歷

(CONFIDENTIAL 機密)

Name 姓名: _____ Today's Date 今天日期: _____

Age 年齡: _____ Birth date 出生日期: _____ Date of last physical examination 上次檢查日期: _____

Reason for visit 就診原因: _____

SYMPTOMS Check (✓) Symptoms you currently have or have had in the past year. 最近一年出現的各種症狀:

General 一般	Gastrointestinal 腸胃	Eye 眼, Ear 耳, Nose 鼻, Throat 喉	MEN Only 男性
<input type="checkbox"/> Chills 怕冷 <input type="checkbox"/> Depression 沮喪 <input type="checkbox"/> Dizziness 頭暈 <input type="checkbox"/> Fainting 暈眩 <input type="checkbox"/> Fever 發燒 <input type="checkbox"/> Forgetfulness 健忘 <input type="checkbox"/> Headache 頭痛 <input type="checkbox"/> Loss of Sleep 失眠 <input type="checkbox"/> Loss of Weight 消瘦 <input type="checkbox"/> Nervousness 緊張 <input type="checkbox"/> Numbness 麻痺 <input type="checkbox"/> Sweats 盜汗 Muscle/Joint/Bone 肌肉, 關節, 骨骼 Pain, weakness, numbness in: 痛楚, 軟弱, 麻痺在: <input type="checkbox"/> Arms 手臂 <input type="checkbox"/> Hips 臀部 <input type="checkbox"/> Back 背 <input type="checkbox"/> Legs 腿 <input type="checkbox"/> Feet 腳 <input type="checkbox"/> Neck 頸 <input type="checkbox"/> Hands 手 <input type="checkbox"/> Shoulders 肩	<input type="checkbox"/> Appetite poor 食慾不振 <input type="checkbox"/> Bloating 脹脹 <input type="checkbox"/> Bowel change 大便改變 <input type="checkbox"/> Constipation 便秘 <input type="checkbox"/> Diarrhea 腹瀉 <input type="checkbox"/> Excessive hunger 常餓 <input type="checkbox"/> Excessive thirst 常喝 <input type="checkbox"/> Gas 脹氣 <input type="checkbox"/> Hemorrhoids 痔瘡 <input type="checkbox"/> Indigestion 消化不良 <input type="checkbox"/> Nausea 噁心 <input type="checkbox"/> Rectal bleeding 肛門出血 <input type="checkbox"/> Stomach pain 胃痛 <input type="checkbox"/> Vomiting 嘔吐 <input type="checkbox"/> Vomiting blood 吐血 Cardiovascular 心血管 <input type="checkbox"/> Chest Pain 胸痛 <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血壓 <input type="checkbox"/> Irregular heart Beat 心律不正 <input type="checkbox"/> Low blood Pressure 低血壓 <input type="checkbox"/> Poor circulation 循環不良 <input type="checkbox"/> Rapid heart beat 心悸 <input type="checkbox"/> Swelling of ankles 踝腫 <input type="checkbox"/> Varicose veins 靜脈瘤	<input type="checkbox"/> Bleeding gums 牙床出血 <input type="checkbox"/> Blurred vision 視力模糊 <input type="checkbox"/> Crossed eyes 鬥雞眼 <input type="checkbox"/> Difficulty swallowing 難嚥 <input type="checkbox"/> Double vision 雙重視覺 <input type="checkbox"/> Ear ache 耳痛 <input type="checkbox"/> Ear discharge 耳分泌物 <input type="checkbox"/> Hay fever 乾草熱 <input type="checkbox"/> Hoarseness 嘶啞 <input type="checkbox"/> Loss of hearing 失聽 <input type="checkbox"/> Nosebleeds 流鼻血 <input type="checkbox"/> Persistent cough 久咳 <input type="checkbox"/> Ringing in ears 耳鳴 <input type="checkbox"/> Sinus problems 鼻咽 <input type="checkbox"/> Vision - Flashes 視覺出現閃爍 <input type="checkbox"/> Vision - Halos 視覺出現光環 Skin 皮膚 <input type="checkbox"/> Bruise easily 易青腫 <input type="checkbox"/> Hives 風疹塊 <input type="checkbox"/> Itching 癢 <input type="checkbox"/> Change in Moles 痣狀變化 <input type="checkbox"/> Rash 紅疹 <input type="checkbox"/> Scars 疤 <input type="checkbox"/> Sore that won't heal 久不癒合	<input type="checkbox"/> Breast lump 胸部腫塊 <input type="checkbox"/> Erection difficulties 勃起困難 <input type="checkbox"/> Lump in testicles 睪丸腫塊 <input type="checkbox"/> Penis discharge 陰莖分泌物 <input type="checkbox"/> Sore on penis 陰莖疼痛 <input type="checkbox"/> Other 其他 WOMEN Only 女性 <input type="checkbox"/> Abnormal Pap Smear 子宮頸病 <input type="checkbox"/> Bleeding between Periods 經期出血 <input type="checkbox"/> Breast lump 乳房腫塊 <input type="checkbox"/> Extreme menstrual pain 異常經痛 <input type="checkbox"/> Hot flashes 潮熱 <input type="checkbox"/> Nipple discharge 乳頭分泌物 <input type="checkbox"/> Painful intercourse 性交疼痛 <input type="checkbox"/> Vaginal discharge 陰道分泌物 <input type="checkbox"/> Other 其他 Date of Last menstrual period 最後一次經期日期: _____ Date of Last Pap Smear 最後一次子宮頸塗片日期: _____ Have you had mammogram? 有否作胸部 X-光檢查? <input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 否 Are you pregnant? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No 否 是否懷孕? if yes, how long? 如是, 多久? _____ month(s) 月 _____ wk(s) 星期
CONDITIONS Check (✓) conditions you have or had in the past. 曾經患過的疾病			
<input type="checkbox"/> Aids 愛滋病 <input type="checkbox"/> Alcoholism 酗酒 <input type="checkbox"/> Anemia 貧血 <input type="checkbox"/> Anorexia 厭食 <input type="checkbox"/> Appendicitis 盲腸炎 <input type="checkbox"/> Arthritis 關節炎 <input type="checkbox"/> Asthma 哮喘 <input type="checkbox"/> Bleeding Disorders 不正常出血 <input type="checkbox"/> Breast Lump 乳房腫塊 <input type="checkbox"/> Bronchitis 支氣管炎 <input type="checkbox"/> Bulimia 暴食 <input type="checkbox"/> Cancer 癌症 <input type="checkbox"/> Cataracts 白內障	<input type="checkbox"/> Chicken pox 水痘 <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿 <input type="checkbox"/> Emphysema 肺氣腫 <input type="checkbox"/> Epilepsy 癲癇 <input type="checkbox"/> Glaucoma 青光眼 <input type="checkbox"/> Goiter 甲狀腺肥大 <input type="checkbox"/> Gonorrhea 淋病 <input type="checkbox"/> Chemical dependency 藥物依賴 <input type="checkbox"/> Gout 痛風 <input type="checkbox"/> Heart disease 心臟病 <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎 <input type="checkbox"/> Hernia 疝氣 <input type="checkbox"/> Herpes 疱疹	<input type="checkbox"/> High cholesterol 高胆固醇 <input type="checkbox"/> HIV positive 免疫機能障礙 <input type="checkbox"/> Kidney disease 腎病 <input type="checkbox"/> Liver disease 肝病 <input type="checkbox"/> Measles 麻疹 <input type="checkbox"/> Migraine headaches 偏頭痛 <input type="checkbox"/> Miscarriage 流產 <input type="checkbox"/> Mononucleosis 白血球過多 <input type="checkbox"/> Multiple sclerosis 多樣硬化症 <input type="checkbox"/> Mumps 腮腺炎 <input type="checkbox"/> Pacemaker 心律調整器 <input type="checkbox"/> Pneumonia 肺炎 <input type="checkbox"/> Polio 小兒麻痺	<input type="checkbox"/> Prostate problem 攝護腺病 <input type="checkbox"/> Psychiatric care 心理治療 <input type="checkbox"/> Rheumatic fever 風濕熱 <input type="checkbox"/> Scarlet fever 猩紅熱 <input type="checkbox"/> Stroke 中風 <input type="checkbox"/> Suicide attempt 企圖自殺 <input type="checkbox"/> Thyroid problems 甲狀腺 <input type="checkbox"/> Tonsillitis 扁桃腺 <input type="checkbox"/> Tuberculosis 肺結核 <input type="checkbox"/> Typhoid fever 傷寒 <input type="checkbox"/> Ulcers 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> Vaginal infections 陰道感染 <input type="checkbox"/> Venereal disease 性病
MEDICATIONS List medications you are currently taking. 目前服用那些藥品	ALLERGIES to medications or substances 對那些藥物或物質過敏?		