

(All information is strictly confidential 所有資料, 絕對機密)

FAMILY HISTORY Fill in health information about your family (請填上近親病歷):						
Relation 關係	Age 年齡	State of Health 健康狀況	Age of Death 死亡年齡	Cause of Death 死因	Check (✓) if your blood relatives had any of the followings: 如有任何近親患過下列症狀, 請劃上(✓) 號	
Father 父親					Disease 病症 <input type="checkbox"/> Arthritis 關節炎 <input type="checkbox"/> Gout 痛風 <input type="checkbox"/> Asthma 哮喘 <input type="checkbox"/> Hay Fever 乾草熱 <input type="checkbox"/> Chemical Dependency 藥物依賴 <input type="checkbox"/> Cancer 癌症 <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿 <input type="checkbox"/> Heart Disease 心臟病 <input type="checkbox"/> Stroke 中風 <input type="checkbox"/> High Blood Pressure 高血壓 <input type="checkbox"/> Kidney Disease 腎病 <input type="checkbox"/> Tuberculosis 肺結核 <input type="checkbox"/> Others 其他	
Mother 母親						
Brothers 兄弟						
Sisters 姊妹						
HOSPITALIZATIONS 住院病歷			PREGNANCY HISTORY 懷孕歷史			
Year 年份	Hospital 醫院	Reason for Hospitalization and Outcome 住院原因及結果	Year of Birth 生育年份	Sex of Birth 孩子性別		Complications if any 生育過程有否困難? 如有請寫下:
				<input type="checkbox"/> Boy 男 <input type="checkbox"/> Girl 女		
				<input type="checkbox"/> Boy 男 <input type="checkbox"/> Girl 女		
				<input type="checkbox"/> Boy 男 <input type="checkbox"/> Girl 女		
				<input type="checkbox"/> Boy 男 <input type="checkbox"/> Girl 女		
				<input type="checkbox"/> Boy 男 <input type="checkbox"/> Girl 女		
Have you ever had a blood transfusion 曾否輸血? <input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 否			HEALTH HABITS Check (✓) which substance you use and describe how much you use: 平常習慣和慣用物質			
If yes, please give approximate dates 如有, 請寫下日期:						
SERIOUS ILLNESS / INJURIES 嚴重生病 / 受傷	DATE 日期	OUTCOME 結果	Caffeine 咖啡因			
			Tobacco 煙草			
			Drugs 毒品			
			Alcohol 酒精			
			Others 其他			
			OCCUPATIONAL CONCERNS 職業病			
			Check (✓) if your work exposes you to the followings:			
			Stress 壓力			
			Hazardous Substance 危險物質			
			Heavy Lifting 拿重的東西			
			Other 其他			
			Your Occupation 職業:			

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge. I will not hold my doctor or any members of his/her staff responsible for any errors of omissions that I may have made in the completion of this form.

我謹證明以上我所提供的資料是正確的. 我不會因為任何表格內我所漏掉的任何資料而向醫生或診所內的職員追究責任