

新病人的健康史NEW PATIENT INTAKE FORM

NAME 名字 :

DATE 今天日期:

PHN健康卡号:

DOB生日 :

ADDRESS: 住宿地址

PHONE : 电话号码

PHONE2: 紧急电话号码

EMAIL: 电子邮件

CONFIDENTIALITY 我们会严格保密您的医疗信息。这份健康史会帮助医生准确的了解您的病情史。如果您对于其中某些问题无法回答, 便可打问号, 谢谢您的配合。

TODAY'S CONCERN 今天访问医生的原因 :

OTHER CONCERN 其他疑问 :

PREVIOUS CARE PROVIDER 您过去在哪里得到医疗服务? 过去的家庭医生或诊所名:

过去的两周, 您是否有以下的情绪反应 :

做事情没有的动力或激情

是

否

感觉低沉, 消极

是

否

焦虑, 紧张,

是

否

MEDICAL HISTORY病史 (比如: 糖尿病, 高血压, 等等) :

SURGERY HISTORY手术史 (比如 : 阑尾炎, 胆囊, 切除扁桃体, 等) :

CURRENT MEDICATIONS 目前您在服用什么药物 :

药物名字

剂量 次数

原因

DRUG ALLERGY对什么药物过敏:

PAST EXAMINATION 您曾经做过下面的检测么? 如果有, 什么时候?

| | | |
|---------|----------------------------|---------------------------------|
| 粪便样本检测 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 时间: |
| 结肠镜检查 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 时间: |
| 乳房检测 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 时间: |
| 子宫颈抹片检测 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 时间: |

家庭病史? FAMILY HISTORY

| | | |
|---------|----------------------------|------------------------------------|
| 心脏病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 中风 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 髌骨骨折 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 乳腺癌 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 直肠癌 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 焦虑症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 忧郁症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 自杀 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |
| 酒精或药物滥用 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 与你的关系: |

药物滥用史: SUBSTANCE USE HISTORY

你抽烟吗? 否 是: 每天 () 量, () 年
 我已戒烟 () 年, 之前烟龄 () 年

每周喝多少酒精饮料? () 瓶

RECREATIONAL SUBSTANCES您服用任何违法药物吗? 否 是

社会历史: SOCIAL HISTORY

EMPLOYMENT职位 (或者之前的职位): (退休/失业/离职/残疾)

EDUCATION学历:

MARRIAGE婚姻状况: (单身, 同居, 结婚, 离婚, 丧偶)

其他

PARTNER NAME配偶名字:

CHILDREN小孩数量: ()个18岁以下的小孩

LIVING TOGETHER谁和您同住:

LEISURE休闲娱乐活动, 集体活动, 宗教, 社会义工, 最近的旅游:

WOMENS HEALTH女性的健康史:

OF PREGNANCY 怀孕过几次:

OF BIRTHS 生育过几次:

LAST MENSTRUATION上一次月经的日期 (月/日/年):

FIRST MENSTRUATION第一次月经的年龄 (月/日/年):

FIRST MENOPAUSE绝经的日期 (月/日/年):

您还有别的什么想让我们知道的?