

请用英文填写此表



成人患者病史 IHA 初级护理服务

请填妥此表格，
并在就诊时随身携带。

请在就诊时随身携带所有药物。

日期 _____

姓名：_____ (姓氏) (名字) (中间名)

出生日期： _____

男 女 其他 未婚 已婚 丧偶 伴侣 离婚

您和谁一同居住？ 独自一人 伴侣 家庭成员 其他 职业： _____

紧急联系人姓名： _____ 紧急联系人电话号码： _____

例行检查 — 未发现症状

您是否按照医嘱服用药物？ 是 否
*请在就诊时随身携带所有药物（放入袋中）。

就诊原因：(请列出当前的所有症状)

1. _____

2. _____

3. _____

慢性疾病：

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

药物名称	剂量	每日服用次数
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
5. _____		
6. _____		
7. _____		
8. _____		
9. _____		
10. _____		

补充剂/草药/非处方药物：

1. _____

2. _____

过敏史：

过敏源	反应
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	

仅限女性

次数： 怀孕 _____ 活产 _____

月经史：

月经初潮年龄 _____

您是否使用任何形式的避孕方法？ 是 否

如果是，请说明 _____

上一次月经第一天的时间 _____

您是否进行过以下任何检查或相关手术？（如果回答为“是”，请填写适用日期）

检测	日期
眼部检查	_____
牙科检查	_____
胆固醇	_____
PPD（肺结核检测）	_____
HIV 检测	_____
丙型肝炎	_____
粪便血液检测	_____
大肠镜检查	_____
骨骼密度	_____
胸部 X 光检查	_____
心脏负荷检测	_____
输血	_____
MRI	_____
睡眠研究	_____
其他	_____

手术史	日期	手术史	日期
血管成形术	_____	心脏瓣膜	_____
阑尾切除术	_____	疝修补术	_____
膝关节镜术	_____	髋关节/膝关节置换术	_____
背部手术	_____	子宫切除	_____
CABG（心脏搭桥）	_____	准分子激光原地角膜消除术	_____
腕管松解术	_____	乳房切除术	_____
白内障摘除术	_____	小肠切除术	_____
结肠切除术	_____	甲状腺切除术	_____
结肠造口术	_____	扁桃体切除术	_____
除颤器	_____	心脏起搏器	_____
骨折	_____	前列腺手术	_____
部位：_____	_____	其他	_____
保胆取石术	_____		
胃旁路手术	_____		
胃束带	_____		
袖状胃手术	_____		

其他近期医生或医院就诊：

1. _____ 2. _____ 3. _____

社会病史（请勾选所有适用项）

饮酒 是 否 既往

饮酒年数 _____
 每周饮酒次数 _____
 类型 _____
 戒酒日期 _____
 上次饮酒时间 _____

咖啡因 是 否 数量/周

咖啡 _____
 汽水/苏打 _____
 能量饮料 _____
 其他： _____

锻炼 是 否

频率（小时/周）： _____
 类型： _____

烟草 是 否 既往

香烟
 每日包数 _____
 雪茄
 咀嚼烟草
 希望戒烟
 吸烟年数 _____
 戒烟年数 _____

性生活史

您当前性生活是否频繁？
 是 否
 是否有性传播病史？
 是 否
 如果答案为“是”，请提供时间？

服用消遣性药物

是 否 既往
 您是否通过静脉注射过药物？
 是 否

人身安全

您是否系安全带？
 是 否
 您是否不方便独自穿衣？
 是 否
 您是否难以携带 10 磅的物体？
 是 否
 您是否不方便购物？
 是 否

其他

您在过去一年是否发生过跌倒？ 是 否 如果答案为“是”，请说明您今年跌倒的次数： _____

您是否曾在跌倒时受伤？ 是 否

过去 2 周，您受以下问题困扰的频率如何？

没有兴趣或乐趣做事 完全不会 有几天 超过一半天数 几乎每天
 感到情绪低落、沮丧或绝望 完全不会 有几天 超过一半天数 几乎每天

您是否参加工作？ 是 否 退休

您是否有生前遗嘱/永久委托书？ 是 否

您有几名子女？ _____

个人及家族病史

(请勾选所有适用项)

未知/收养

请圈出任何已知的亲属死亡原因

医疗状况	本人	亲属
注意力缺失症/注意力缺陷多动症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
酗酒	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
过敏症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
阿尔茨海默病/痴呆症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
贫血症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
心绞痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
焦虑症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
关节炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
哮喘	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
心房纤颤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
BPH (前列腺肥大)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
血栓	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
血液疾病 (血液科诊)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
癌症:		
乳腺癌	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
结肠癌	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
肺癌	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
前列腺癌	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
其他:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
CVA (中风或 TIA)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
结肠疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
COPD (肺气肿)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
冠状动脉疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
抑郁症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
发育迟缓	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
糖尿病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
湿疹	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
胆囊结石	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
胆囊疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
胃食管返流病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
青光眼/白内障	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
听觉缺损	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
心脏病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
40 岁之前 (男性)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
50 岁之前 (女性)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
痔疮	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
疝气	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
丙型肝炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
高血脂症 (高胆固醇)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
高血压	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
伤害:		
脑震荡或脑外伤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
汽车/机动车事故损伤	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
曾经遭受撞击失去意识	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
骨折?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
哪些部位?		
任何其他伤害:	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____

医疗状况	本人	亲属
肠易激综合征	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
肾脏疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
肾结石	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
学习障碍	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
肝病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
狼疮	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
精神疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
偏头痛/头痛	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
肥胖症	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
骨关节炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
骨质疏松	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
消化性溃疡	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
外周血管疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
牛皮癣	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
类风湿性关节炎	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
癫痫	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
甲状腺疾病	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
其他 (请列明)		
_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____
_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____

您是否患过以下疾病或接种过疫苗?

勾选所有适用项

	日期
<input type="checkbox"/> 甲型肝炎	_____
<input type="checkbox"/> 乙型肝炎	_____
<input type="checkbox"/> HPV (加德西)	_____
<input type="checkbox"/> 流感	_____
<input type="checkbox"/> 上次接种破伤风疫苗	_____
<input type="checkbox"/> 肺炎 (纽莫法)	_____
<input type="checkbox"/> 肺炎 (沛儿)	_____
<input type="checkbox"/> 带状疱疹疫苗 (康柏苗)	_____

仅限女性

筛查检测	日期
上次宫颈抹片检查:	_____
宫颈抹片检查结果是否出现任何异常?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果答案为“是”，请注明结果和日期。
乳房 X 光检查:	_____
乳房 X 光检查结果是否出现任何异常?	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果答案为“是”，请注明结果和日期。