

病歷表 Patient Health History Form

姓名 Name (中文) _____ 日期 Date: _____

(English) _____ ☐ 男 Male ☐ 女 Female

身份證/護照號碼: _____ 出生日期(日/月/年) _____ 出生地 _____
ID Card/Passport No. _____ Date of Birth(D/M/Y) _____ Place of Birth _____

住址 Address _____

聯絡電話 Tel _____ Mobile _____ Whatsapp _____

Email _____ Wechat _____ Line _____

職業 Occupation _____ ☐ 單身 Single ☐ 已婚 Married ☐ 離婚 Divorce ☐ 喪偶 Widowed

血型 Bld Type _____ 血壓 BP _____ 體重 Weight _____ 身高 Height _____ 民族背景 Ethnic Background _____

主要疾病 Chief Complaints _____

個人病歷 Past or Present Illnesses or Affected Organs

- ☐ 糖尿病 Diabetes ☐ 中風 Stroke ☐ 支氣管炎 Bronchitis ☐ 皮膚 Skin ☐ 肝病 Liver Disease
☐ 腎病 Kidney ☐ 癌症 Cancer ☐ 泌尿科 Urinary Tract ☐ 哮喘 Asthma ☐ 結核病 Tuberculosis
☐ 甲狀腺 Thyroid ☐ 頭痛 Headache ☐ 肌肉關節 Muscle/Join ☐ 貧血 Anemia ☐ 高膽固醇 High Cholesterol
☐ 鼻敏感 Allergies ☐ 癲癇 Epilepsy ☐ 消化系統 Stomach/Intestinal ☐ 心臟病 Heart ☐ 高血壓 High Blood Pressure

家庭成員狀況 Illness/Affected Member	父親 Father	母親 Mother	兄弟 Brother	姐妹 Sister	配偶 Spouse	子女 Children
過敏(食物或藥物) Allergies (Food / Medication)						
貧血或地貧 Blood Disorders / Anemia						
糖尿病 Diabetes						
高血壓/膽固醇 Pressure / Cholesterol						
心臟病 Heart Disease						
中風及併發症 Stroke & Complications						
腎臟/泌尿科疾病 Kidney / Urinary Tract						
精神科病 Mental Disorder						
肝膽科病 Liver / Gall bladder Diseases						
結核病 Tuberculosis						
癌症/腫瘤 Cancer or Tumors						
其他 Others						
死亡歲數 Age of Death						

是否曾感染性病或因性接觸而感染其他疾病? ☐ 是 Y ☐ 否 N
Ever been infected by sexually transmitted diseases?

那種性病 What kind? _____ 接受何種治療 Treatment Received? _____



是否曾接受輸血? Received Blood Transfusion ☐ 是 Y ☐ 否 N 日期Date (日D/月M/年Y) _____

是否曾接受器官移植? Received Organ Transplant ☐ 是 Y ☐ 否 N 日期Date (日D/月M/年Y) _____

是否曾因病住院? Major Hospitalizations - due to serious medical illness or operations, write in your most recent hospitalization. Do not include normal pregnancies

年份 Year	病因 Operation/Illness	醫院名稱及國家Name of Hospital	City/State/Country
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____

懷孕或分娩記錄 Previous Pregnancies - please fill in completely

年份 Year	懷孕期 Length of Pregnancy	妊娠小時 Labor Hours	自然分娩 Type of Delivery	嬰兒性別及體重 Sex of baby & Weight
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

總懷孕次數 Total Pregnancies _____ 正常次數 Living _____ 宮外孕 Ectopics _____ 自然流產 Miscarriages _____

人工流產 Induced abortions _____ 多胎生 Multiple Pregnancies _____ 其他 Others _____

詳列服用藥物（包括維他命、草藥及避孕藥等） List all medications currently taking including vitamins, oral contraceptives and other herbal remedies

1. _____

2. _____

3. _____

詳列所有藥物敏感 List all medications that you develop allergies

1. _____

2. _____

3. _____

詳列是否吸食下列 Habits

香煙 Tobacco	<input type="checkbox"/> 有 Y <input type="checkbox"/> 沒有 N	每日數量 Cigarette/day _____	開始歲數 Age started _____
大麻 Marijuana	<input type="checkbox"/> 有 Y <input type="checkbox"/> 沒有 N	每日數量 use/day _____	開始歲數 Age started _____
酒 Alcohol	<input type="checkbox"/> 有 Y <input type="checkbox"/> 沒有 N	每日杯數 drinks/day _____	開始歲數 Age started _____
咖啡 Caffeine	<input type="checkbox"/> 有 Y <input type="checkbox"/> 沒有 N	每日杯數 drinks/day _____	開始歲數 Age started _____
古柯鹼 Crack/Cocaine	<input type="checkbox"/> 有 Y <input type="checkbox"/> 沒有 N	次數 frequency _____	開始歲數 Age started _____
其他藥物 other drugs	_____	_____	_____

病人簽署 _____