

个人医疗史

爱荷华大学学生健康服务

为了提供病人医疗照护，爱荷华大学学生健康服务要求病人提供以下个人机密资讯。除非经过病人认可和书面同意，学生健康服务不会例行提供以下资讯给第三方。请务必回答每个问题以便我们提供适当的病人照护。

A. 个人资料 ☐男性 ☐女性 ☐其它_____

姓名：_____ 学生识别号码 _____

(姓) (名) (中间名)

地址：_____ 出生日期：_____

(号码、街道或邮政信箱) (城市) (州) (邮编)

紧急联络人：_____

(姓) (名) (地址) (电话)

偏爱别名，如果与上述不同：_____

B. 个人 / 家族医疗史 您或您的近亲家庭成员曾有或现有以下症状？（近亲家庭：父、母、兄弟、姐妹）

请回答每一个项目。答案是 " 是 " 的项目，请在 D 兰提供说明。

	您个人		家庭		关系		您个人		家庭		关系
	是	否	是	否			是	否	是	否	
酒精/药品						遗传性疾病					
过敏						高血压					
关节炎（疾病/关节损伤）						高胆固醇					
哮喘						黄疸或肝炎					
癌症						肾脏疾病					
糖尿病						精神疾病					
耳鼻喉问题						癫痫					
眼疾（不包括视力矫正）						性传播感染疾病					
颅脑损伤						胃或肠道问题					
心脏问题/疾病						中风					
血友病						其它					

您是否曾经接受过手术或住院？若是，请注明_____

您是否曾经接受过心理精神治疗？（请注明）_____

请列出您目前服用的药物：_____

请列出任何过敏反应：对药物（请写出反应症状）_____

对食物或环境过敏原_____

C. 社会史

1. 您使用烟草吗？☐是 ☐否（若是，请说明用量及多久）_____

2. 您喝酒吗？☐是 ☐否（若是，请说明用量及次数）_____

3. 您运动吗？☐是 ☐否（若是，请说明次数及运动类型）_____

4. 您有体重或饮食的困扰吗？_____

5. 您日常生活起居需要别人协助吗？☐是 ☐否（若是，请说明）_____

6. 您有困难了解英语吗？☐是 ☐否 您的主要语言是什么？_____

7. 您有任何状况影响到您了解健康问题的能力吗？_____

8. 如果您需要口译员或其它沟通协助，当您预约看诊时，请告知安排时间的人员。

9. 如果您已立有任何事前指示，例如生前预嘱，请随同此表格寄给我们一份副本。

D. 说明：请利用以下空格提供对 B 栏的说明，以及您觉得我们应该知道的任何信息。

E. 验证：_____

学生签名

日期

请将此表格寄回给：爱荷华大学，学生健康服务，4189 Westlawn, Iowa City, IA 52242-1100 或传真