## 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。

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: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 是 否 是 否 遗传性疾病 高血压 遗传性疾病 高血压 可变 (疾病/关节损伤) 高胆固醇 資疸或肝炎 肾脏疾病 精神疾病 精神疾病 精神疾病 精神疾病 原肠遗伤 胃或肠道问题 使传播感染疾病 胃或肠道问题 中风 上友病 里或形变 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)	街道	(姓)		(4)		(平四石)	学生识别号码 出生日期:					
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: 请回答每一个项目。答案是"是"的项目,请在 D 兰提供说明。  ②个人 家庭 关系 是 否 是 否 遗传性疾病 高血压 节炎(疾病/关节损伤) 高血压 黄疸或肝炎 肾脏疾病 精神疾病 精神疾病 精神疾病 原喉问题 使传播感染疾病 目或肠道问题 性归题/疾病 中风 技病 中风 其它 ②是否曾经接受过小理精神治疗? (请注明) 请列出您目前服用的药物:  【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) 对食物或环境过敏原  【C. 社会史 1. 您使用烟草吗?□是 □否 (若是,请说明用量及次数) 3. 您运动吗?□是 □否 (若是,请说明用量及次数) 4. 您有体重或饮食的困扰吗? □是 □否 (若是,请说明为数及运动类型) 4. 您有体重或饮食的困扰吗? □是 □否 (若是,请说明决数及运动类型) 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 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		(号码、	、街道或邮政信	籍)(城市)	) (州)	(邮编)						
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: 请回答每一个项目。答案是"是"的项目,请在 D 兰提供说明。  ②个人 家庭 关系	(姓	<u></u>	(姓)	(名)	(地址	F)	(电话)					
请回答每一个项目。答案是"是"的项目,请在 D 兰提供说明。  ②	与上	名,如果	具与上述不同: <u></u>									
上   百   上   百   □   □   □   □   □   □   □   □   □							(近亲家庭:父、	母、兄弟	、姐姐	未)		
精/药品 遗传性疾病    ***   **   **   ***   ***   ***   ***   ***   ***   ***   ***   ***   ***   **   ***					关系				个人			关系
「	是		是 否 是	是否		)# // // <del>/</del>		是	否	是	否	
节炎 (疾病/关节损伤)			+				i					
職 症 尿病 鼻喉问题 疾(不包括视力矫正) 脏问题/疾病 皮病 腔问题/疾病 皮病 を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,请说明用量及次数) 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 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		· 世 把 佐 \	<del> </del>									
展病 精神疾病 精神疾病 鼻喉问题		7 円型円)	<del>'                                     </del>								+ +	
展病			+++				-	+				
專喉问题 疾(不包括视力矫正)			+ + +									
脑损伤												
脏问题/疾病		1力矫正)	,									
友病  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(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							题					
您是否曾经接受过手术或住院?若是,请注明			$\bot$									
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	· 对		应: 对药物(请 <sup>5</sup>	写出反应症	状)						<del>-</del> -	
	?是是食居英影译 的需语响员	曷酒吗?□□\$ 一□\$ 一□\$ 日常生了有时, 日本, 日本, 日本, 日本, 日本, 日本, 日本, 日本, 日本, 日本	吗?□是□□否(若:□是□□否(若:□□否(若:□□否(若:□四,则是□□四,则则则则以以。以以为,则以以为,则以为,则以以为,则以以为,则以以为,则以以为	〔若是,请是 是,请说明 一四? □ □ □ □ 您是健康助助,当 说,例如生前	所说明用量及 用量及及 一口更更多。 一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个一个	及多久) 数) 动类型) 若是,请说明 言是什么? 今时,请告知 道同此表格等	引)				_ _ _	
	空格											
	空格											