

檔案編號：_____

病人基本資料			
名字 (First Name)	姓氏 (Last Name)	中間名 (Middle Name)	
電話 (住宅／手機)	電話 (工作)	性別	
住址	單位／室號	出生日期 (日／月／年)	
城市	省份	郵遞區號	
婚姻狀況		職業	
電郵地址			
家屬聯絡資料			
家屬名字		家屬姓氏	
與病人關係	電話號碼	手機號碼	
緊急聯絡人 (如與上述家屬不同)			
聯絡人名字		聯絡人姓氏	
與病人關係	電話號碼	手機號碼	
家庭醫師診所資料			
家庭醫師姓名		診所地址	
診所電話		診所電郵	
既往病史 (Past Medical History)			
請列出相關的既往病史，包括住院、手術、過往傷害或疾病等；並註明可能與您健康有關的家族病史或遺傳性疾病。			
現有健康狀況／過敏／藥物反應／風險因素／長期治療			
請列出目前的健康狀況、過敏、藥物不良反應、風險因素及長期治療。如正在服用處方藥物，請一併列明。			

請勾選您目前或過去曾出現的症狀：

一般症狀 ☐ 頭暈／頭昏 ☐ 發燒 ☐ 發冷 ☐ 出汗 ☐ 記憶力減退 ☐ 頭痛／偏頭痛 ☐ 昏厥 ☐ 壓力／憂鬱 ☐ 協調能力不佳 ☐ 緊張不安 ☐ 近期體重下降／增加 ☐ 手臂或腿部麻木／疼痛 女性健康 ☐ 經痛／背痛 ☐ 曾經流產 ☐ 月經週期不規則 ☐ 陰道分泌物 ☐ 乳房腫塊 ☐ 熱潮紅 ☐ 懷孕 ☐ 月經疼痛 ☐ 經血量過多 ☐ 更年期症狀 ☐ 子宮切除術	心血管系統 ☐ 高／低血壓 ☐ 曾中風或短暫性腦缺血 (TIA) ☐ 膽固醇過高 ☐ 腳踝腫脹 ☐ 血液循環不良 ☐ 中風／心肌梗塞 ☐ 心律不整 ☐ 呼吸短促 ☐ 心臟部位疼痛 肌肉與關節 ☐ 頸部僵硬 ☐ 背痛 ☐ 關節腫脹 ☐ 尾骨疼痛 ☐ 肩膀疼痛 ☐ 疝氣 ☐ 脊椎彎曲 ☐ 姿勢不良 ☐ 關節炎 ☐ 足部問題 泌尿生殖系統 ☐ 排尿頻繁／疼痛 ☐ 尿液／糞便帶血 ☐ 糞便帶黏液 ☐ 腎臟感染／結石 ☐ 膀胱感染 ☐ 尿失禁	耳、眼、鼻、喉 ☐ 聽力喪失 ☐ 視力問題 ☐ 青光眼 ☐ 耳鳴 ☐ 斜視 ☐ 眼睛疼痛 ☐ 失聰 ☐ 耳痛 ☐ 耳部分泌物 ☐ 流鼻血 ☐ 鼻塞 ☐ 喉嚨痛 ☐ 聲音沙啞 ☐ 花粉熱 ☐ 氣喘 ☐ 蛀牙 ☐ 牙齦問題 ☐ 經常感冒 ☐ 甲狀腺腫大 ☐ 扁桃腺炎 ☐ 鼻竇感染 ☐ 流鼻水 ☐ 腺體腫大 呼吸系統 ☐ 喘鳴 ☐ 慢性咳嗽 ☐ 咳嗽 ☐ 胸痛 ☐ 呼吸困難	腸胃消化系統 ☐ 油膩食物引起不適 ☐ 食慾不振 ☐ 飢餓感／口渴過度 ☐ 打嗝／脹氣 ☐ 噁心 ☐ 嘔吐 ☐ 胃部灼熱感 ☐ 上腹部疼痛 ☐ 便秘／腹瀉 ☐ 結腸問題 ☐ 肝臟問題／肝炎 ☐ 膽囊問題 ☐ 潰瘍 ☐ 結腸炎 ☐ 痔瘡 ☐ 低血糖 ☐ 食道裂孔疝氣 ☐ 口中金屬味 皮膚 ☐ 皮膚乾燥 ☐ 搔癢 ☐ 容易瘀青 ☐ 皮膚病／皮疹 ☐ 疔瘡／癰腫 ☐ 靜脈曲張 ☐ 皮膚敏感 ☐ 蕁麻疹或過敏
--	---	--	---

請勾選您是否曾罹患下列疾病：

☐ 闌尾炎 ☐ 糖尿病 ☐ 癲癇 ☐ 肺炎 ☐ 腮腺炎 ☐ Pneumatic fever (原文待確認)	☐ 瘧疾 ☐ 性傳染感染 ☐ 多發性硬化症 ☐ 麻疹 ☐ 流行性感冒 ☐ 關節炎	☐ 水痘 ☐ 唇疱疹 ☐ 貧血 ☐ 甲狀腺腫 ☐ 痛風 ☐ 德國麻疹 (風疹)	☐ 酒精依賴症 ☐ 百日咳 ☐ 心臟病 ☐ 濕疹 ☐ 小兒麻痺症 ☐ 巴金森氏症	☐ 骨質疏鬆症 ☐ 癌症 ☐ 肺結核 ☐ 精神疾病 ☐ 肋膜炎 ☐ HIV／愛滋病
--	---	--	---	--

病人／替代決策者 (SDM) 簽名：

日期：_____

替代決策者 (SDM) 與病人之關係：_____