

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

新病人资料调查表

患者姓名 _____ 性别 ___男___女

出生日期 _____ 年 ___月___日 身高 _____ 体重 _____

职业: _____ 婚姻状况: ___单身___已婚___其他

电话(白天) (____) _____ 电话(晚上) (____) _____

手机(可选) (____) _____ 电子邮件(可选) _____

家庭住址: 街道 _____

城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

家庭医师姓名 _____ 电话 (____) _____

介绍人姓名 _____ 电话 (____) _____

紧急情况信息 (如有紧急情况, 请通知此人)

姓名 _____ 电话(宅) (____) _____

与患者关系 _____ 电话(工作/手机) (____) _____

保险信息

保险 _____ 第2保险 _____

保单号 _____ 保单号 _____

电话 (____) _____ 电话 (____) _____

订户姓名 _____ 订户姓名 _____

出生日期 ___年___月___日 性别 ___男___女 出生日期 ___年___月___日 性别 ___男___女

S.S # (或 I.D #) _____ S.S # (或 I.D #) _____

订户的雇主, 或学校 _____

病人与订户的关系: ___自己___ 配偶 ___孩子___ 其他

Assignment and Release

I, the undersigned certify that I (or my dependent) have insurance coverage with:

_____,
and assign directly to Yu's Acupuncture & Herb Center all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for service rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Responsible Party Signature: _____ Relationship: _____ Date: _____

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

病人健康历史 (机密)

病人的名字 _____ 日期 _____ 年 ____ 月 ____ 日

主诉: (请说明你已有这种情况多久)

其他不适: (请说明你已有这种情况多久)

你得到过哪些治疗?

过去病史:

住院和手术情况

日期

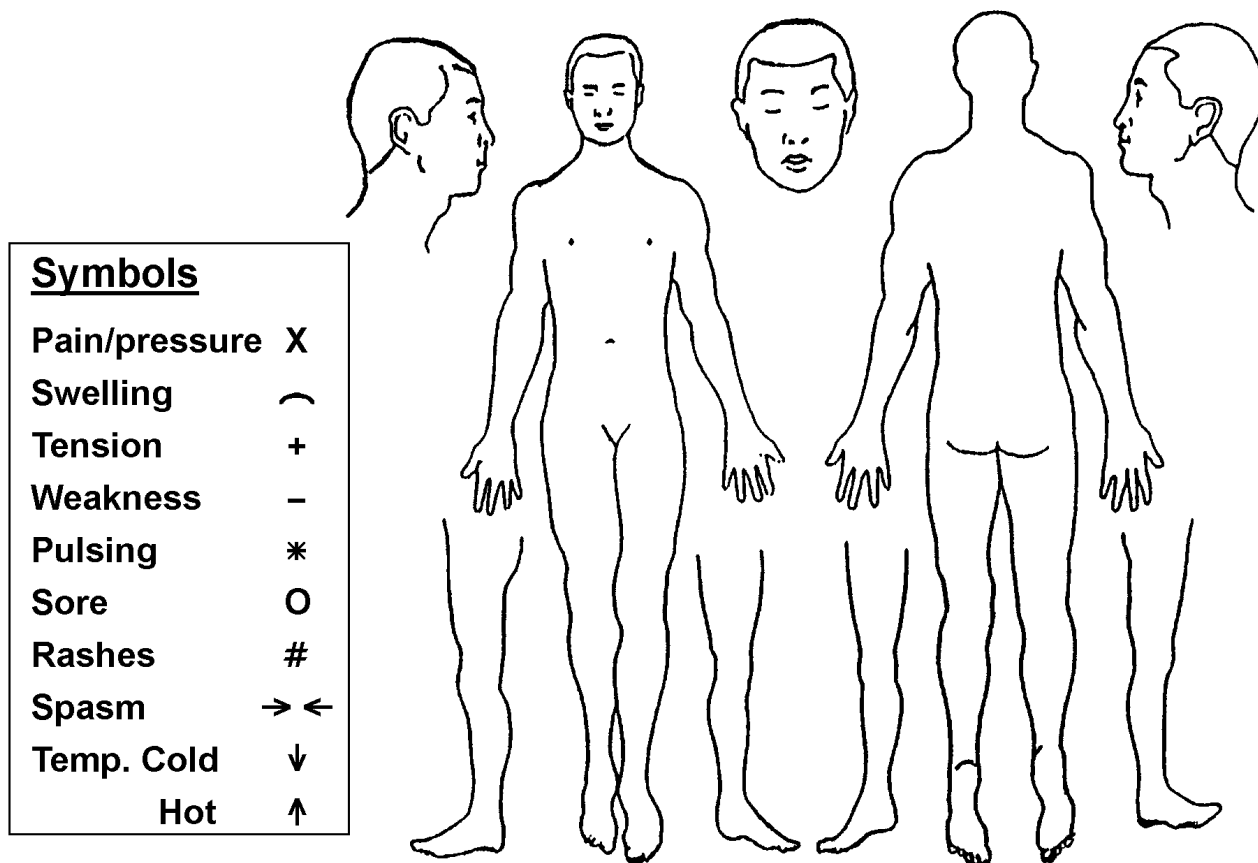
地方

正在服用的药物(包括剂量)

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

正在服用的营养品

请标出痛楚或不适的区域:



请在与你有关的项目上打“X”，你是否有过:

全身情况:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 贫血 | <input type="checkbox"/> 食欲不振 | <input type="checkbox"/> 肢体震颤 |
| <input type="checkbox"/> 疲劳症 | <input type="checkbox"/> 局部虚弱 | <input type="checkbox"/> 平衡失调 |
| <input type="checkbox"/> 发热/烧 | <input type="checkbox"/> 出血或容易出现瘀紫 | <input type="checkbox"/> 嗜食某种食物 |
| <input type="checkbox"/> 体重下降 | <input type="checkbox"/> 味觉或嗅觉改变 | <input type="checkbox"/> 体重增加 |
| <input type="checkbox"/> 出汗异常 | <input type="checkbox"/> 口渴(喜热或冷饮) | <input type="checkbox"/> 酗酒 |
| <input type="checkbox"/> 恶寒/怕冷 | <input type="checkbox"/> 体能突然下降 | <input type="checkbox"/> 接种破伤风疫苗 |
| <input type="checkbox"/> 吸毒 | <input type="checkbox"/> 睡眠不佳 | <input type="checkbox"/> 易患感冒/流感 |

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

皮和头发

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 皮疹 | <input type="checkbox"/> 暴露的创口 | <input type="checkbox"/> 新出现的痣 |
| <input type="checkbox"/> 皮肤发痒 | <input type="checkbox"/> 粉刺 | <input type="checkbox"/> 易掉头发 |
| <input type="checkbox"/> 头皮屑 | <input type="checkbox"/> 鸡眼 | <input type="checkbox"/> 荨麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 头发/皮肤质地变化 | <input type="checkbox"/> 表皮疣 | <input type="checkbox"/> 指/趾甲问题 |
| <input type="checkbox"/> 皮肤溃疡 | <input type="checkbox"/> 牛皮癣 | <input type="checkbox"/> 皮肤干燥 |
| <input type="checkbox"/> 皮肤湿疹 | <input type="checkbox"/> 带状疱疹 | |

头及五官科

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 头晕/眩晕 | <input type="checkbox"/> 脑震荡 | <input type="checkbox"/> 偏头痛 |
| <input type="checkbox"/> 视力下降 | <input type="checkbox"/> 眼睛疲劳 | <input type="checkbox"/> 眼睛痛 |
| <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 夜盲 | <input type="checkbox"/> 色盲 |
| <input type="checkbox"/> 视物模糊 | <input type="checkbox"/> “飞蚊症” | <input type="checkbox"/> 耳鸣 |
| <input type="checkbox"/> 耳痛 | <input type="checkbox"/> 听力下降/丧失 | <input type="checkbox"/> 副鼻窦问题 |
| <input type="checkbox"/> 鼻衄 | <input type="checkbox"/> 鼻塞 | <input type="checkbox"/> 磨牙 |
| <input type="checkbox"/> 慢性咽喉痛 | <input type="checkbox"/> 声音嘶哑 | <input type="checkbox"/> 脸面疼痛 |
| <input type="checkbox"/> 头痛 | | |

心血管系统

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 心肌炎 | <input type="checkbox"/> 冠心病 |
| <input type="checkbox"/> 低血压 | <input type="checkbox"/> 呼吸困难 | <input type="checkbox"/> 心悸 |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 动脉硬化 | <input type="checkbox"/> 心率不齐 |
| <input type="checkbox"/> 静脉曲张 | <input type="checkbox"/> 静脉炎 | <input type="checkbox"/> 二尖[僧帽状]瓣狭窄 |
| <input type="checkbox"/> 手/脚浮肿 | <input type="checkbox"/> 血栓形成 | <input type="checkbox"/> 二尖[僧帽状]瓣脱垂 |
| <input type="checkbox"/> 昏厥 | <input type="checkbox"/> 手/脚冰冷 | <input type="checkbox"/> 容易出血 |

呼吸系统

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 咳嗽 | <input type="checkbox"/> 咯血 | <input type="checkbox"/> 深呼吸痛 |
| <input type="checkbox"/> 支气管炎 | <input type="checkbox"/> 肺炎 | <input type="checkbox"/> 痰多 |
| <input type="checkbox"/> 端坐呼吸 | <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 胸[肋]膜炎 |
| <input type="checkbox"/> 肺气肿 | | |

消化系统

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 恶心 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 泄泻 |
| <input type="checkbox"/> 呕吐 | <input type="checkbox"/> 胀气/腹胀 | <input type="checkbox"/> 打嗝/暖气 |
| <input type="checkbox"/> 口臭 | <input type="checkbox"/> 便血 | <input type="checkbox"/> 黑便 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛/绞痛 | <input type="checkbox"/> 肛门痛 | <input type="checkbox"/> 痔疮 |
| <input type="checkbox"/> 消化不良 | <input type="checkbox"/> 长期使用缓泻剂 | <input type="checkbox"/> 反酸 |
| <input type="checkbox"/> 溃疡病 | <input type="checkbox"/> 结肠炎 | <input type="checkbox"/> 呕/吐血 |

生殖泌尿系统

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 遗尿 | <input type="checkbox"/> 尿血 | <input type="checkbox"/> 尿频 |
| <input type="checkbox"/> 尿急 | <input type="checkbox"/> 肾炎/肾结石 | <input type="checkbox"/> 尿痛 |
| <input type="checkbox"/> 膀胱炎 | <input type="checkbox"/> 生殖器疱疹 | <input type="checkbox"/> 性病 |
| <input type="checkbox"/> 前列腺问题 | <input type="checkbox"/> 膀胱炎 | <input type="checkbox"/> 小便失禁 |

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

妇产科

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 怀孕_ _ 次 | <input type="checkbox"/> 初潮年龄_ _ 岁 | <input type="checkbox"/> 月经经量: 过多/过少/一般 |
| <input type="checkbox"/> 人工流产_ _ 次 | 月经周期_ _ 天 | <input type="checkbox"/> 经血颜色: 淡红/深红/紫红/紫黑 |
| <input type="checkbox"/> 分娩_ _ 次 | 经期时间_ _ 天 | <input type="checkbox"/> 经血质地: 稀薄/黏稠/瘀块 |
| <input type="checkbox"/> 自然流产_ _ 次 | 前次月经第一天的日期_ _ | <input type="checkbox"/> 乳房肿块 |
| <input type="checkbox"/> 避孕药/器 | <input type="checkbox"/> 月经不调 (提早/推迟) | <input type="checkbox"/> 痛经 |
| <input type="checkbox"/> 情绪波动频繁 | <input type="checkbox"/> 子宫内膜异位 | <input type="checkbox"/> 白带 (颜色) |
| <input type="checkbox"/> 潮热/盗汗 | <input type="checkbox"/> 子宫肌瘤 | <input type="checkbox"/> 阴部疮疡 |
| <input type="checkbox"/> 骨质疏松症 | 绝经年龄_ _ 岁 | |

运动系统

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 颈痛 | <input type="checkbox"/> 腰/背痛 | <input type="checkbox"/> 肌肉痛 |
| <input type="checkbox"/> 肌肉无力 | <input type="checkbox"/> 肩痛 | <input type="checkbox"/> 肘痛 |
| <input type="checkbox"/> 手/腕痛 | <input type="checkbox"/> 髋关节痛 | <input type="checkbox"/> 膝痛 |
| <input type="checkbox"/> 脚/踝痛 | | |

神经和心理系统

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 癫痫 | <input type="checkbox"/> 眩晕 | <input type="checkbox"/> 平衡失调 |
| <input type="checkbox"/> 局部麻木 | <input type="checkbox"/> 共济失调 | <input type="checkbox"/> 记忆力差 |
| <input type="checkbox"/> 脑震荡 | <input type="checkbox"/> 沮丧 | <input type="checkbox"/> 焦虑 |
| <input type="checkbox"/> 脾气暴躁 | <input type="checkbox"/> 容易紧张 | <input type="checkbox"/> 小儿多动症 |
| <input type="checkbox"/> 注意力不集中 | | |

传染病

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹 | <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 风湿病 | <input type="checkbox"/> 结核病 | <input type="checkbox"/> 伤寒症 |
| <input type="checkbox"/> 疟疾 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 猩红热 |
| <input type="checkbox"/> 天花 | | |

其它

你对如下内容过敏吗? (如果是, 请确切说明)

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 药品 | <input type="checkbox"/> 草药 |
| <input type="checkbox"/> 食品 | <input type="checkbox"/> 其它 |

你有或曾有过下列内容?

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 心脏起搏器 | <input type="checkbox"/> 怀孕 |
| <input type="checkbox"/> 电子植入物 | <input type="checkbox"/> HIV 阳性 |
| <input type="checkbox"/> 金属植入物 | <input type="checkbox"/> 甲, 乙, 丙型肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 严重的出血性疾病 | <input type="checkbox"/> 其它 |

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

社会历史

	是	不是	何时开始	何时停止	数量
咖啡	-----	-----	-----	-----	-----
茶	-----	-----	-----	-----	-----
酒类	-----	-----	-----	-----	-----
烟草	-----	-----	-----	-----	-----
其他	-----	-----	-----	-----	-----

饮食，锻炼和生活方式:

家族史(请包括关系)

<input type="checkbox"/> 偏头痛	-----	<input type="checkbox"/> 中风	-----
<input type="checkbox"/> 心脏病	-----	<input type="checkbox"/> 高血压	-----
<input type="checkbox"/> 过敏	-----	<input type="checkbox"/> 精神病	-----
<input type="checkbox"/> 哮喘病	-----	<input type="checkbox"/> 胆石症	-----
<input type="checkbox"/> 关节炎	-----	<input type="checkbox"/> 癌症	-----
<input type="checkbox"/> 糖尿病	-----	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病	-----
<input type="checkbox"/> 青光眼	-----	<input type="checkbox"/> 癫痫	-----
<input type="checkbox"/> 其它	-----		-----

意见

请告诉我们你想讨论的其他问题:

**在接受治疗之前，请通知我们如果你患有
出血性疾病或者使用心脏起搏器或者怀有身孕!**