

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

新病人資料詢問表

患者姓名 _____ 性別 男 女

出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身高 _____ 體重 _____

職業： _____ 婚姻狀況： 單身 已婚 其他

電話(白天)(_____) _____ - _____ 電話(晚上)(_____) _____ - _____

手機(可選)(_____) _____ - _____ 電子郵件(可選) _____

家庭住址：街道 _____

城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

家庭醫師姓名 _____ 電話(_____) _____ - _____

介紹人姓名 _____ 電話(_____) _____ - _____

緊急情況訊息(如有緊急情況，請通知此人)

姓名 _____ 電話(宅)(_____) _____ - _____

與患者關係 _____ 電話(工作/手機)(_____) _____ - _____

保險訊息

保險 _____ 第 2 保險 _____

保單號 _____ 保單號 _____

電話(_____) _____ - _____ 電話(_____) _____ - _____

訂戶姓名 _____ 訂戶姓名 _____

出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男 女 出生日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男 女

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

訂戶的雇主，或學校 _____

患者與訂戶的關係： 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

病患健康歷史 (機密)

病患的名字 _____ 日期 _____ 年 __ 月 __ 日

主訴: (請說明你已有這種情況多久)

其他不適: (請說明你已有這種情況多久)

你得到過哪些治療?

過去病史:

住院和手術情況

日期

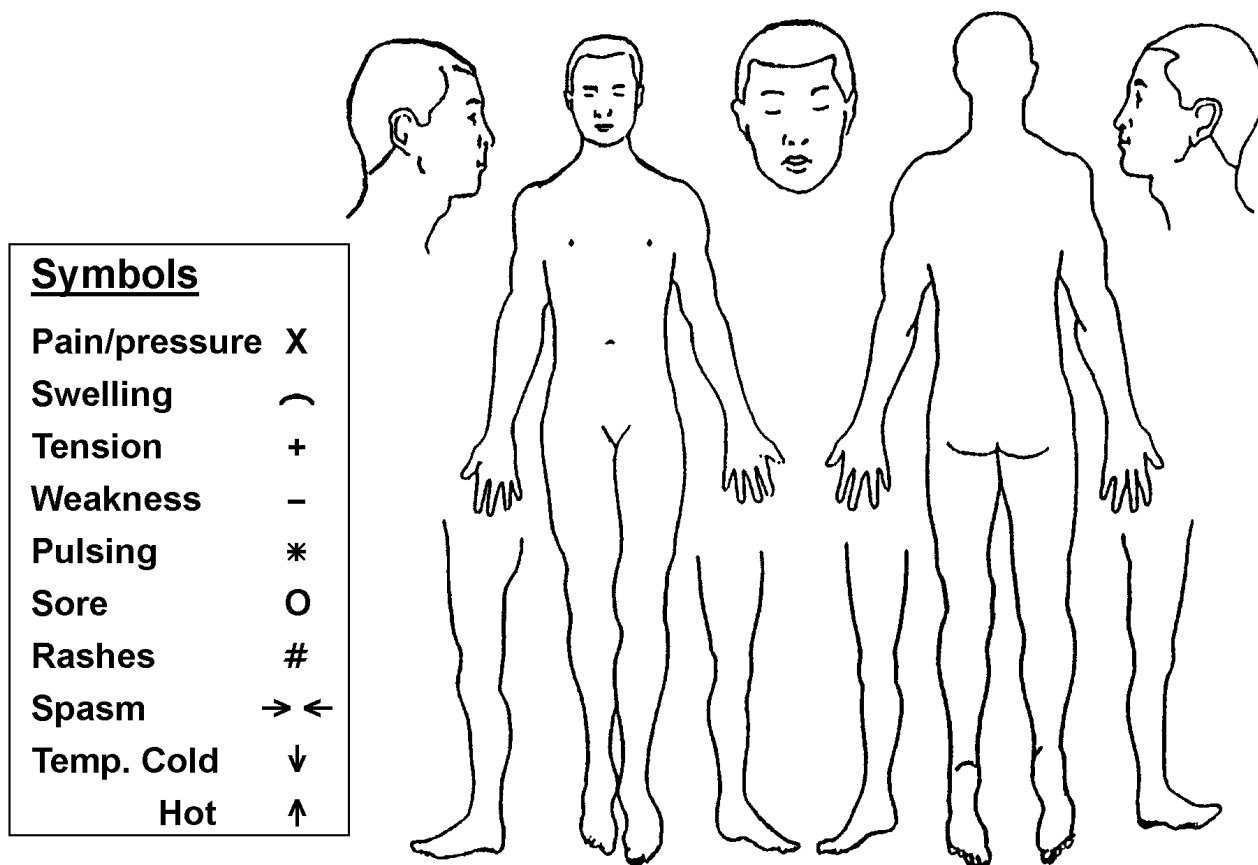
地方

正在服用的藥物(包括劑量)

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

正在服用的營養品

請標出痛楚或不適的區域：



請在與你有關的項目上打“X”，你是否有過：

全身情況：

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 食慾不振 | <input type="checkbox"/> 肢體震顫 |
| <input type="checkbox"/> 疲勞症 | <input type="checkbox"/> 局部虛弱 | <input type="checkbox"/> 平衡失調 |
| <input type="checkbox"/> 發熱/燒 | <input type="checkbox"/> 出血或容易出現瘀紫 | <input type="checkbox"/> 嗜食某種食物 |
| <input type="checkbox"/> 體重下降 | <input type="checkbox"/> 味覺或嗅覺改變 | <input type="checkbox"/> 體重增加 |
| <input type="checkbox"/> 出汗異常 | <input type="checkbox"/> 口渴(喜熱或冷飲) | <input type="checkbox"/> 酗酒 |
| <input type="checkbox"/> 惡寒/怕冷 | <input type="checkbox"/> 體能突然下降 | <input type="checkbox"/> 接種破傷風疫苗 |
| <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

皮和頭髮

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 皮疹 | <input type="checkbox"/> 暴露的創口 | <input type="checkbox"/> 新出現的痣 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚發痒 | <input type="checkbox"/> 粉刺 | <input type="checkbox"/> 易掉頭髮 |
| <input type="checkbox"/> 頭皮屑 | <input type="checkbox"/> 雞眼 | <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 |
| <input type="checkbox"/> 頭髮/皮膚質地變化 | <input type="checkbox"/> 表皮疣 | <input type="checkbox"/> 指/趾甲問題 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚潰瘍 | <input type="checkbox"/> 牛皮癬 | <input type="checkbox"/> 皮膚乾燥 |
| <input type="checkbox"/> 皮膚濕疹 | <input type="checkbox"/> 帶狀皰疹 | |

頭及五官科

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭暈/眩暈 | <input type="checkbox"/> 腦震盪 | <input type="checkbox"/> 偏頭痛 |
| <input type="checkbox"/> 視力下降 | <input type="checkbox"/> 眼睛疲勞 | <input type="checkbox"/> 眼睛痛 |
| <input type="checkbox"/> 白內障 | <input type="checkbox"/> 夜盲 | <input type="checkbox"/> 色盲 |
| <input type="checkbox"/> 視物模糊 | <input type="checkbox"/> “飛蚊症” | <input type="checkbox"/> 耳鳴 |
| <input type="checkbox"/> 耳痛 | <input type="checkbox"/> 聽力下降/喪失 | <input type="checkbox"/> 副鼻竇問題 |
| <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"/> 聲音嘶啞 | <input type="checkbox"/> 臉面疼痛 |
| <input type="checkbox"/> 頭痛 | | |

心血管系統

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 心肌炎 | <input type="checkbox"/> 冠心病 |
| <input type="checkbox"/> 低血壓 | <input type="checkbox"/> 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> 心悸 |
| <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 動脈硬化 | <input type="checkbox"/> 心率不齊 |
| <input type="checkbox"/> 靜脈曲張 | <input type="checkbox"/> 靜脈炎 | <input type="checkbox"/> 二尖[僧帽狀]瓣狹窄 |
| <input type="checkbox"/> 手/腳浮腫 | <input type="checkbox"/> 血栓形成 | <input type="checkbox"/> 二尖[僧帽狀]瓣脫垂 |
| <input type="checkbox"/> 昏厥 | <input type="checkbox"/> 手/腳冰冷 | <input type="checkbox"/> 容易出血 |

呼吸系統

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 咳嗽 | <input type="checkbox"/> 咯血 | <input type="checkbox"/> 深呼吸痛 |
| <input type="checkbox"/> 支氣管炎 | <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"/> 肺氣腫 | | |

消化系統

- | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 噁心 | <input type="checkbox"/> 便秘 | <input type="checkbox"/> 泄瀉 |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 | <input type="checkbox"/> 脹氣/腹脹 | <input type="checkbox"/> 打嗝/噯氣 |
| <input type="checkbox"/> 口臭 | <input type="checkbox"/> 便血 | <input type="checkbox"/> 黑便 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛/絞痛 | <input type="checkbox"/> 肛門痛 | <input type="checkbox"/> 痔瘡 |
| <input type="checkbox"/> 消化不良 | <input type="checkbox"/> 長期使用緩瀉劑 | <input type="checkbox"/> 反酸 |
| <input type="checkbox"/> 潰瘍病 | <input type="checkbox"/> 結腸炎 | <input type="checkbox"/> 嘔/吐血 |

生殖泌尿系統

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 遺尿 | <input type="checkbox"/> 尿血 | <input type="checkbox"/> 尿頻 |
| <input type="checkbox"/> 尿急 | <input type="checkbox"/> 腎炎/腎積石 | <input type="checkbox"/> 尿痛 |
| <input type="checkbox"/> 膀胱炎 | <input type="checkbox"/> 生殖器皰疹 | <input type="checkbox"/> 性病 |
| <input type="checkbox"/> 前列腺問題 | <input type="checkbox"/> 膀胱炎 | <input type="checkbox"/> 小便失禁 |

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

婦產科

- | | | |
|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 懷孕_ _ 次 | <input type="checkbox"/> 初潮年齡_ _ 歲 | <input type="checkbox"/> 月經經量：過多/過少/一般 |
| <input type="checkbox"/> 人工流產_ _ 次 | <input type="checkbox"/> 月經週期_ _ 天 | <input type="checkbox"/> 經血顏色：淡紅/深紅/紫紅/紫黑 |
| <input type="checkbox"/> 分娩_ _ 次 | <input type="checkbox"/> 經期時間_ _ 天 | <input type="checkbox"/> 經血質地：稀薄/黏稠/瘀塊 |
| <input type="checkbox"/> 自然流產_ _ 次 | <input type="checkbox"/> 前次月經第一天的日期_ _ | <input type="checkbox"/> 乳房腫塊 |
| <input type="checkbox"/> 避孕藥/器 | <input type="checkbox"/> 月經不調（提早/延遲） | <input type="checkbox"/> 痛經 |
| <input type="checkbox"/> 情緒波動頻繁 | <input type="checkbox"/> 子宮內膜異位 | <input type="checkbox"/> 白帶（顏色） |
| <input type="checkbox"/> 潮熱/盜汗 | <input type="checkbox"/> 子宮肌瘤 | <input type="checkbox"/> 陰部瘡瘍 |
| <input type="checkbox"/> 骨質疏松症 | <input type="checkbox"/> 絕經年齡_ _ 歲 | |

運動系統

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頸痛 | <input type="checkbox"/> 腰/背痛 | <input type="checkbox"/> 肌肉痛 |
| <input type="checkbox"/> 肌肉無力 | <input type="checkbox"/> 肩痛 | <input type="checkbox"/> 肘痛 |
| <input type="checkbox"/> 手/腕痛 | <input type="checkbox"/> 髖關節痛 | <input type="checkbox"/> 膝痛 |
| <input type="checkbox"/> 腳/踝痛 | | |

神經和心理系統

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 癲癇 | <input type="checkbox"/> 眩暈 | <input type="checkbox"/> 平衡失調 |
| <input type="checkbox"/> 局部麻木 | <input type="checkbox"/> 共濟失調 | <input type="checkbox"/> 記憶力差 |
| <input type="checkbox"/> 腦震盪 | <input type="checkbox"/> 沮喪 | <input type="checkbox"/> 焦慮 |
| <input type="checkbox"/> 脾氣暴躁 | <input type="checkbox"/> 容易緊張 | <input type="checkbox"/> 小兒多動症 |
| <input type="checkbox"/> 注意力不集中 | | |

傳染病

- | | | |
|------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 麻疹 | <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎 | <input type="checkbox"/> 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> 風濕病 | <input type="checkbox"/> 結核病 | <input type="checkbox"/> 傷寒症 |
| <input type="checkbox"/> 瘧疾 | <input type="checkbox"/> 水痘 | <input type="checkbox"/> 猩紅熱 |
| <input type="checkbox"/> 天花 | | |

其它

你對如下內容過敏嗎？（如果是，請確切說明）

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 藥品 | <input type="checkbox"/> 草藥 |
| <input type="checkbox"/> 食品 | <input type="checkbox"/> 其它 |

你有或曾有過下列內容？

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 心臟起搏器 | <input type="checkbox"/> 懷孕 |
| <input type="checkbox"/> 電子植入物 | <input type="checkbox"/> HIV 陽性 |
| <input type="checkbox"/> 金屬植入物 | <input type="checkbox"/> 甲，乙，非 A 非 B 型 |
| <input type="checkbox"/> 嚴重的出血性疾病 | <input type="checkbox"/> 其它 |

YU'S ACUPUNCTURE & HERB CENTER

社會歷史

	是	不是	何時開始	何時停止	數量
咖啡	-----	-----	-----	-----	-----
茶	-----	-----	-----	-----	-----
酒類	-----	-----	-----	-----	-----
煙草	-----	-----	-----	-----	-----
其他	-----	-----	-----	-----	-----

飲食，鍛鍊和生活模式：

家族史(請包括關係)

<input type="checkbox"/> 偏頭痛	-----	<input type="checkbox"/> 中風	-----
<input type="checkbox"/> 心臟病	-----	<input type="checkbox"/> 高血壓	-----
<input type="checkbox"/> 過敏	-----	<input type="checkbox"/> 精神病	-----
<input type="checkbox"/> 哮喘病	-----	<input type="checkbox"/> 膽石症	-----
<input type="checkbox"/> 關節炎	-----	<input type="checkbox"/> 癌症	-----
<input type="checkbox"/> 糖尿病	-----	<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病	-----
<input type="checkbox"/> 青光眼	-----	<input type="checkbox"/> 癲癇	-----
<input type="checkbox"/> 其它	-----		-----

意見

請告訴我們你想討論的其他問題：

**在接受治療之前，請通知我們如果你患有
出血性疾病或者使用心臟起搏器或者懷有身孕！**