

健康諮詢表

我們為了解您的健康狀況，以供治療參考。這些內容不會向非醫療人員透露，請您或您的監護人準確回答，謝謝。

填寫年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
性別 _____
名字 _____ 出生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
年齡 _____ 歲
地址 _____ 干 _____ - _____

若有公寓名稱以及居住房號請填寫

連絡電話號碼 _____ 職業 _____

若有介紹者：_____ 先生/小姐

☆ 請填寫今日就診的原因

☆ 請仔細閱讀問題，並在答案的項目上打上○符號。

1. 一年以內有接受健康檢查嗎？ 是 · 否

2. 您過去是否曾經有過住院或手術等經歷？ 是 · 否

3. 現在有定期去的醫院嗎？ 是 · 否

請填寫醫院的名稱以及主治醫的名稱

醫院名(科名) _____ 主治醫名稱 _____

4. 現在有定期服用的藥嗎？ 是 · 否

常用藥 _____

5. 是否對藥物，食物，或是其他東西產生過敏？ 是 · 否

6. 口腔麻醉的時候，是否有過異常的反應(例如不舒服，頭暈想吐等等)？ 是 · 否

7. 只限女性，請回答下列的問題

您目前是否懷孕中？或者存在懷孕的可能性嗎？ 是 · 否

目前是否哺乳中？ 是 · 否

8. 您平常的血壓是多少？(如果不清楚的話，可以使用接待處的血壓計測量)
(血壓值： _____ / _____ 有服用降血壓藥嗎？ 有 · 無)

是否有下列的疾病

請對A)至J)的所有項目進行 回答。

(若有,請在該疾病名稱上打上○)

A) 循環器系統疾病

・心絞痛 ・心肌梗塞 ・心臟力竭 ・心臟瓣膜病 ・先天性心臟病
・心脈不整 ・腦中風 ・高血壓 ・高血脂 ・其他 _____

(請問您是否有使用心律調節器)

B) 肝臟疾病

・B型肝炎 ・C型肝炎 ・肝癌 ・其他 _____

C) 腎臟疾病

・腎功能不全(是否有接受過人工腎臟透析) ・其他 _____

D) 內分泌疾病

・甲状腺機能亢進症 ・腎上腺機能不全 ・糖尿病 ・其他 _____

E) 呼吸器系統疾病

・鼻竇炎(鼻腔蓄膿症、鼻塞感) ・過度換氣症候群 ・其他 _____

F) 消化器系統疾病

・胃潰瘍 ・十二指腸潰瘍 ・其他 _____

G) 神經・精神疾病

・癲癇 ・精神官能症 ・其他 _____

H) 血液疾病

・血友病 ・白血病 ・其他 _____

I) 過敏性疾病

・氣喘 ・慢性濕疹 ・其他 _____

J) その他

・HIV ・骨質疏鬆症 ・以上皆沒有

☆ 除了上述的問題外,您還有任何想要告訴主治醫生的事情嗎?

* 代理的時候,請寫上您的名字與本人的關係

名字 _____ (關係 _____)