



MANGO Medical Clinic

4392 Beresford St, Burnaby V5H 0E7 | T: 778-379-4392 | F: 778-379-4391 | www.mangomedical.ca

表格B: 成年人医疗病史

日期: _____

您在该表格上留下的信息将会被严格保密。此表格能够帮助您的医生准确而迅速地得到您的病史。如果您对任何问题感觉不适, 您无需回答, 多谢!

A: 个人资料:

姓	
名	
生日	
性别	
地址	
医疗卡号码	
联系电话	
其他电话	
电子邮件	
紧急联系人姓名	
紧急联系人电话	

B: 疾病历史

1. 谁是您原来的家庭医生？
2. 您是否有任何慢性疾病？（例如糖尿病，高血压等）
3. 您是否有见过任何专科医生？请写下专科医生的姓名及科类。
4. 您是否有做过任何手术？（例如阑尾手术，胆囊手术，扁桃体手术等）
5. 您目前是否服用任何药物？

药名	剂量	为何服用此药？

6. 您是否有过敏历史？

7. 您是否做过以下的检查？请写下检查日期。

- 粪便免疫化学检验 (FIT) 否 是, 日期: _____
- 结肠镜检查 (Colonoscopy) 否 是, 日期: _____
- 乳房X光检查 (Mammogram) * 否 是, 日期: _____
- 巴氏涂片检查 (Pap Test) * 否 是, 日期: _____

* 女性病人历史

请描述任何不正常的检查结果：

C: 家族病史

您是否有以下的家族病史？

- 心肌梗塞 否 是, 关系: _____
- 糖尿病 否 是, 关系: _____
- 中风 否 是, 关系: _____
- 髌骨骨折 否 是, 关系: _____
- 乳腺癌 否 是, 关系: _____
- 结肠癌 否 是, 关系: _____
- 其他癌症 否 是, 关系: _____
- 甲状腺疾病 否 是, 关系: _____
- 风湿性疾病 否 是, 关系: _____
- 肝炎 否 是, 关系: _____
- 焦虑症 否 是, 关系: _____
- 抑郁症 否 是, 关系: _____
- 躁郁症 否 是, 关系: _____
- 精神分裂症 否 是, 关系: _____
- 自杀 否 是, 关系: _____
- 药物滥用或酗酒 否 是, 关系: _____
- 其他的重要家族病史：

D: 心理健康：

1. 在过去的两个星期里，您是否感觉缺乏快感或者对任何事情都不感兴趣？
 否 是
2. 感到沮丧，压抑或者没有希望？
 否 是
3. 感到焦虑，紧张或者烦躁？
 否 是

E: 以下物品使用历史：

1. 抽烟？ 否 是, 每天_____包, 共抽了_____年
 曾抽了_____年, 在_____年戒烟
2. 每周摄入多少杯含酒精的饮品？ _____
3. 您是否使用娱乐性药物或者毒品？ 否 是

F: 社会背景：

1. 职业（或者过去职业）： _____
2. 您是否：退休／失业／请假／残疾／其他： _____
3. 您受过多少年的正规教育，或者您的最高学历是： _____
4. 您是否拥有任何的残疾人补助？
5. 您是否拥有其他的私人药物保险？
6. 婚姻状况（请选一项）：单身，同居，已婚，离婚，丧偶，其他： _____
7. 您和谁住在一起？
8. 您有饮食限制吗？
9. 您是素食者吗？
10. 您是否有久坐少动的生活方式？
11. 您是否有家庭成员在本诊所就医？他们的姓名及与您的关系：

请列出其他想让我们知道的信息：