



MANGO Medical Clinic

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

表格B: 成年人醫療病史

日期：_____

請您在以下的表格內填寫適當的資料，並請盡量用**英文**回答。此表格能夠幫助您的醫師準確和迅速地得知您的病史。您所提供的資料將會被嚴格保密。如果您對任何問題感覺不適，您可以不必填寫，謝謝！

A: 個人資料：

姓（英文拼音）	
名（英文拼音）	
出生年月日	
性別	
地址	
醫療卡號碼	
聯絡電話	
其他電話	
電子郵件	
緊急聯絡人姓名	
緊急聯絡人電話	

B: 疾病歷史

1. 您過去曾經在哪裡就診？誰是您原來的家庭醫師？
2. 您是否有任何醫療問題？慢性疾病？（例如糖尿病，高血壓等）
3. 您是否有看過任何專科醫生？請寫下專科醫師的姓名以及科別。
4. 您是否有做過任何手術？（例如闌尾手術，膽囊手術，扁桃體手術.....等等）
5. 您目前是否服用任何藥物？

藥名	劑量	為何服用此藥？

6. 您是否有過敏歷史？

7. 您是否做過以下的檢查？請寫下檢查日期。

- | | | |
|----------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 糞便免疫化學檢驗 (FIT) | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 日期: _____ |
| 結腸鏡檢查 (Colonoscopy) | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 日期: _____ |
| 乳房X光檢查 (Mammogram) * | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 日期: _____ |
| 子宮頸抹片檢查 (Pap Test) * | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 日期: _____ |

* 女士病患適用

請描述任何不正常的檢查結果：

C: 家族病史

您是否有以下的家族病史？

- | | | |
|--------------|----------------------------|---------------------------------------|
| ● 心臟病心肌梗塞 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 中風 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 髖骨骨折 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 乳腺癌 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 大腸結腸癌 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 其他癌症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 甲狀腺疾病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 免疫風濕性疾病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 肝炎 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 焦慮症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 抑鬱症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 躁鬱症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 精神分裂症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 自殺 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 物質濫用或酗酒 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 關係: _____ |
| ● 其他的重要家族病史： | | |

D: 心理健康：

- | | | |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|
| ● 在過去的兩個星期裡，您是否 | | |
| ○ 感覺不快樂或者對任何事情都不感興趣？ | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |
| ○ 感到沮喪，壓抑或者沒有希望？ | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |
| ○ 感到焦慮，緊張或者煩躁？ | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 |

E: 物質使用歷史：

- 抽煙？ 否 是, 每天_____包, 共抽了_____年
 曾抽了_____年的煙, 在_____年戒菸
- 每週飲用多少杯含酒精的飲品？ _____
- 您是否使用娛樂性藥物或者毒品？ 否 是

F: 社交歷史：

1. 職業（或者過去職業）： _____
2. 您是否：退休／失業／請假／殘疾／其他： _____
3. 您受過多少年的正規教育或者您的最高學歷是： _____
4. 您是否擁有任何的殘疾人補助？
5. 您有額外的私人藥物保險嗎？
6. 婚姻狀況（請圈一個）：單身，同居，已婚，離婚，喪偶，其他： _____
7. 您和誰住在一起？
8. 您有飲食限制嗎？
9. 您是素食者嗎？
10. 您平時會做那一種運動？ _____ 我不運動
11. 您一個星期運動幾天？ _____ 天？
（運動的定義是要長達至少30分鐘，並且心跳有上升）
12. 您是否有家庭成員在本診所就醫？他們的姓名及與您的關係：

請列出其他想讓我們知道的信息：