



MANGO Medical Clinic

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

表格 C: 兒童醫療病史

日期 : _____

請您或是您的監護人在以下的表格填寫適當的資料，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，您可以無需填寫，謝謝！

A: 個人資料：

姓 (英文拼音)	
名 (英文拼音)	
生日	
性別	
地址	
醫療卡號碼	
聯絡人	
聯繫電話	
其他電話	
電子郵件	
緊急聯絡人姓名	
緊急聯絡人電話	
父母姓名	
監護人姓名 (如與父母不同)	

B: 疾病歷史

1. 您過去在哪裡就醫？誰是您原來的家庭醫師？
2. 您是否有見過任何專科醫生，例如小兒科專科醫師？請寫下專科醫生的姓名以及科別。
3. 您是否有任何醫療問題？慢性疾病？（例如哮喘，皮膚病，糖尿病，乳糜瀉等）
4. 您是否有做過手術？（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？

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, 誰: _____ |
| ● 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 中風 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 髖骨骨折 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 乳線癌 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 大腸結腸癌 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 其他癌症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 甲狀腺疾病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 風濕性疾病 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 肝炎 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 焦慮症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 抑鬱症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 躁鬱症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 精神分裂症 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 自殺 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 物質濫用或酗酒 | <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是, 誰: _____ |
| ● 其他的重要家族病史: | | |

D: 社交歷史:

1. 您在哪裡上學？
2. 您和誰住在一起？
3. 您有飲食限制嗎？
4. 您是素食者嗎？

5. 您喜愛運動嗎？

6. 您有其他家庭成員在我們的診所就醫嗎？他們是誰？

您還有其他事情想讓我們知道嗎？

E: 0-12歲兒童：

出生體重：

出生身長：

出生頭圍：

懷孕幾週分娩？

分娩方式（自然分娩，真空吸盤，鉗，或剖腹產）：

在懷孕和分娩期間時是否發生過任何問題？