

PATIENT HISTORY QUESTIONNAIRE 個人病歷問卷

(Completion required at each patient appointment)

Today's Date / /

姓 [Last Name]	名 [First Name]	男 [MALE]
		女 [FEMALE]
地址 [Address]		
州 [State]	城市 [City]	郵遞區號 [Zip]
居家電話 [Telephone (Home)] ()	手機電話 [Telephone (Mobile)] ()	工作電話 [Telephone (Work)] ()
顧主 [Employer]		職業 [Occupation]
緊急聯絡人姓名 [Emergency Contact]		電話 [Telephone Number] ()
上次眼睛檢查日期 [Date of last eye exam] Date 日期 / /		上次瞳孔放 [Last Eye Dilation] Date 日期 / /

Medical Information 個人身體健康狀況

看病的原因 [Reason for visit (Chief complaint):]

What is your general health 你的一般健康狀況如何?

以下器官有任何問題嗎? [Do you have problems with any of these systems?]

請圈選有或無 [Please circle all that apply.]

心臟 [Cardiovascular]	Y/N	肌肉/骨骼 Musculoskeletal	Y/N	血液/淋巴 Blood/Lymph	Y/N
耳/鼻/喉 Ears/Nose/Throat	Y/N	皮膚 Integumentary (skin)	Y/N	過敏 Allergic/Immunologic	Y/N
呼吸系統/哮喘 Respiratory / Asthma	Y/N	神經 Nervous	Y/N	泌尿 Urinary	Y/N
腸胃 Gastrointestinal	Y/N	精神 Mental	Y/N	頭痛 Headache	Y/N
泌尿生殖系統 Genitourinary	Y/N	內分泌 / 糖尿病 / 甲狀腺疾病 / Endocrine Glands (Ex. Diabetes, Thyroid Disease)			Y/N
藥物過敏 [Medication allergy]	Y/N	藥物反應? [What happens?]			

其他健康問題 [Other health problems]

現在使用藥物 [Current medication(s)]

有任何手術嗎? [Have you had any operations?]	Y/N	種類? [Type?]
手術日期 [When?]	Date 日期 / /	
上次破傷風注射日期 [Date of last tetanus shot]	Date 日期 / /	

MEDICAL HISTORY 病史	SELF 個人	FAMILY 家庭 / RELATIONSHIP 關係
青光眼 [Glaucoma]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

白內障 [Cataracts]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
黃斑症 [Macular degeneration]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
眼睛有過受傷嗎/ [Have you had an eye injury?]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
視網膜剝落 [Retinal detachment]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
其他 [Other eye condition(s)]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
失明 [Blindness]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
斜視 [Crossed Eye]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
弱視 [Lazy Eye]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
糖尿病 [Diabetes]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
眼乾 [Dry Eyes]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
視力模糊 [Blurred Vision]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
癌症 [Cancer]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
心臟病 [Heart Disease]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
高血壓 [High blood pressure]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
高膽固醇 [High Cholesterol]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
你吸煙嗎 / [Do you smoke?]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
你喝酒嗎? [Do you drink Alcohol?]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
你使用毒品嗎? [Do you use drugs?]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
其他 [Other]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
有動過任何眼睛手術嗎? [Have you had any eye operations?]			
Type 種類	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Date 日期	/ /
雷射視力矯正手術 Laser Eye Surgery	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Type 種類		Date 日期	/ /
有帶眼鏡嗎? [Do you wear glasses?]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	隱形眼鏡 [Contact lenses?]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
		種類 [Type]	
其他 [Additional information]			
病人簽名 [Patient's Signature]		X	
監護人簽名, 如果病人是十八歲以下 [Guardian Signature (if patient is under 18 years of age.)]		X	
醫生專用 Doctor Use Only			
檢查醫師 Reviewed by 沒有變化 No changes		Date 日期 / /	
Doctor's Signature			