



### 患者病史

谢谢您的合作，提供了一个完整的病史将使我们能为您提供最好的服务。

1

Demographics 个人信息

Full Name: F  M  L  DOB:

姓名    出生日期

Primary Care Physician/Referring Provider:  Dr. Wen Liu  Dr. Zhengyi Cheng  Dr. Benson Yu

家庭医生/介绍医生  Dr. Xiaochun Zhang  \_\_\_\_\_

Preferred Pharmacy Name 您指定的药房	Phone 药房电话号码	Location 药房地址
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2

Reason for Visit 就诊原因

Please explain reason for visit

就诊原因/ 您想咨询的内容

3

Current Medications 您现在服用的药物

请列出您服用的所有药物

Medication Name 药名	Strength 剂量	Frequency 每天次数	Prescribing MD 处方医生


**\*\*请您把所有的药瓶交给护士\*\***

4

**Allergies & Sensitivities 药物过敏**

**请列出所有的药物过敏和反应**

Medication Name 藥名	Reaction 反應

NKA  
沒有/不知道

**您對以下的藥品有過敏反應嗎？請圈選**

青黴素 Penicillin	阿司匹林 Aspirin	可達因 Codeine	磺胺 Sulfa	造影劑 Contrast Dye
-------------------	-----------------	----------------	-------------	---------------------

5

**Cardiac Risk Factors 心脏病危險因素**

YES NO

有 沒有

您曾經吸過煙嗎？如有，吸多少，吸多久？何時戒菸？

Have you ever smoked tobacco? If yes, how much for how long? When did you quit?

您有沒有心脏疾病的家族史？ Do you have family history of heart disease?

您有沒有高胆固醇或高甘油三酯？ High Cholesterol or Triglycerides?

您有沒有高血壓？ High Blood Pressure?

您有沒有糖尿病？如果有，是第一型或第二型？ Diabetes? If yes, what type?

您的體重超重10磅以上嗎？ Overweight by more than 10 lbs?

您有經常運動嗎？ Do you exercise?

您現在正處於或已過更年期？ Have you reached menopause?

6

Past Medical/Cardiac Illness/Cardiac Illness, Trauma and Surgical History 病史

您是否曾經或現在有以下任何健康問題？

<b>Childhood Illness/Infection:</b> <input type="checkbox"/> Measles 麻疹 <input type="checkbox"/> Mumps 腮腺炎 <input type="checkbox"/> Rubella 風疹 <input type="checkbox"/> Chickenpox 水痘 <input type="checkbox"/> Influenza 流感 <input type="checkbox"/> Pneumonia 肺炎 <input type="checkbox"/> Hepatitis 肝炎		
<b>General Medical Problems &amp; Surgeries 請選擇所有適用項</b>		
<input type="checkbox"/> Anemia 貧血	<input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病	<input type="checkbox"/> Peptic Ulcer 胃潰瘍
<input type="checkbox"/> Arthritis 關節炎	<input type="checkbox"/> Hypertension 高血壓	<input type="checkbox"/> Thyroid Disease 甲狀腺
<input type="checkbox"/> Asthma 氣喘	<input type="checkbox"/> High Cholesterol 高膽固醇	<input type="checkbox"/> Stroke 中風
<input type="checkbox"/> Cancer 癌症	<input type="checkbox"/> Kidney Disease 腎臟病	<input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsy 癲癇
<input type="checkbox"/> COPD 慢性阻塞性肺病	<input type="checkbox"/> Liver Problems 肝病	<input type="checkbox"/> Sleep Apnea 睡眠呼吸中止症
<input type="checkbox"/> Appendectomy 闌尾切除術	<input type="checkbox"/> Cholecystectomy 膽囊切除術	<input type="checkbox"/> Tonsillectomy 扁桃體切除術
<input type="checkbox"/> Hernia Repair 疝修補術	<input type="checkbox"/> Knee Replacement 膝關節置換	<input type="checkbox"/> Hip Replacement 髖關節置換術
<input type="checkbox"/> Other 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:
<b>Previous/Current Cardiac Problems &amp; Procedures 請選擇所有適用項</b>		
<input type="checkbox"/> Angina 心絞痛	<input type="checkbox"/> Congenital Heart Disease 先天性心臟病	<input type="checkbox"/> CAD 動脈疾病
<input type="checkbox"/> Heart Attack	<input type="checkbox"/> CABG 冠狀動脈搭橋手術	<input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation 心房顫動

心臟病/心肌梗塞		
<input type="checkbox"/> Heart Valve Replacement 人工心臟瓣膜	<input type="checkbox"/> Endocarditis 心內膜炎	<input type="checkbox"/> Pacemaker 心臟起搏器
<input type="checkbox"/> Syncope 暈厥	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever 風濕熱	<input type="checkbox"/> Heart Murmur 心臟雜音
<input type="checkbox"/> CHF 心臟衰竭	<input type="checkbox"/> ETT 运动负荷试验	<input type="checkbox"/> MPI 心肌灌注成像
<input type="checkbox"/> Cardiac Cath 心导管检查	<input type="checkbox"/> PTCA 心導管氣球擴張術	<input type="checkbox"/> Ablation 導管消融術
<input type="checkbox"/> Echo 心臟超音波	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy 心肌病	<input type="checkbox"/> 其他:
<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:	<input type="checkbox"/> 其他:

**Trauma or Injuries 創傷 (如骨折, 車禍)**

Year 年份	Description of Trauma/Injury 什麼創傷	年份	Description of Trauma/Injury 什麼創傷

7

**Lifestyle/Social History 生活习惯**

YES NO

有 沒有

Etoh Use: 您是否飲酒? Do you drink etoh?

啤酒 Beer	葡萄酒 Wine	烈酒/鸡尾酒 Mixed Drinks
------------	-------------	------------------------

如有, 每周几次, 多少? How often/How much? \_\_\_\_\_

Current Smoking/Tobacco Use: 您是否吸烟? 如果以前吸烟, 请填写戒烟日期/If former, quit date: \_\_\_\_\_

Diet/饮食:

日常 Regular	减肥 Wt reduction	心脏健康 Heart	低盐 Low Na+	低脂肪 Low Fat	糖尿病 Diabetic	素食 Veg
---------------	--------------------	---------------	---------------	----------------	-----------------	-----------



## 您目前是否有以下問題？請選擇所有適用項

<b>General 一般性質問題</b> <input type="checkbox"/> Sudden wt gain 異常體重增加 <input type="checkbox"/> Sudden wt loss 異常體重減少 <input type="checkbox"/> Decreased exercise tolerance 運動量降低 <input type="checkbox"/> Fatigue 疲勞 <input type="checkbox"/> Lack of Appetite 食慾不振		<b>Respiratory 呼吸系統</b> <input type="checkbox"/> Cough 咳嗽 <input type="checkbox"/> SOB w/ rest 休息時呼吸急促 <input type="checkbox"/> DOE 運動時呼吸急促	<b>Gastrointestinal 腸胃系統</b> <input type="checkbox"/> Nausea 噁心 <input type="checkbox"/> Blood in stool 血便 <input type="checkbox"/> GI ulcers 胃潰瘍	<b>Psychiatric 精神</b> <input type="checkbox"/> Anxiety 焦慮 <input type="checkbox"/> Stress 應力 <input type="checkbox"/> Depression 憂鬱症 <input type="checkbox"/> Insomnia 失眠 <input type="checkbox"/> Hx of drug abuse 吸毒史 <input type="checkbox"/> Hx of etoh abuse 飲酒史
<b>Eyes 眼睛</b> <input type="checkbox"/> Macular Degeneration 黃斑變性 <input type="checkbox"/> Cataracts 白內障 <input type="checkbox"/> Glaucoma 青光眼 <input type="checkbox"/> Glasses/contacts 戴眼鏡/隱形眼鏡	<b>Ears 耳</b> <input type="checkbox"/> Hearing Loss 聽力損失 <input type="checkbox"/> Difficulty Speaking 說話困難	<b>Cardiovascular 心血管系統</b> <input type="checkbox"/> CP/discomfort 胸痛 <input type="checkbox"/> Palpitations 心慌 <input type="checkbox"/> Edema of ankles/ft 腳腫/腳踝	<b>Neurology 神經系統</b> <input type="checkbox"/> Previous stroke 中風病史 <input type="checkbox"/> Confusion 思維 <input type="checkbox"/> Dizziness 頭暈 <input type="checkbox"/> Headaches 頭痛 <input type="checkbox"/> Seizures 發作	<b>Hematology 血液系統</b> <input type="checkbox"/> Bleeding disorder 出血性疾病 <input type="checkbox"/> Seasonal allergies 季節性過敏 <input type="checkbox"/> Food Allergies 食物過敏
<b>Integumentary 皮膚</b> <input type="checkbox"/> Hair loss 脫髮		<b>Musculoskeletal 肌肉和骨骼</b> <input type="checkbox"/> Arthritis 關節炎 <input type="checkbox"/> Loss of strength 強度損失	<b>Endocrine 內分泌系統</b> <input type="checkbox"/> Hyperthyroidism 甲狀腺功能減退症 <input type="checkbox"/> Hypothyroidism 甲狀腺功能亢進症	<b>Vascular 血管</b> <input type="checkbox"/> Ft pain/numb 足部疼痛/手足麻木 <input type="checkbox"/> Painful cramps/sharp pains of the legs/hips w/ exertion 腳或腳趾傷口癒合緩慢 <input type="checkbox"/> Ft/toe wounds that are slow to heal 活動引起的抽筋