

過去病史表

人口資料:

種族: ☐ 亞洲人 ☐ 非洲裔美國人 ☐ 白人 ☐ 其他 _____

族裔: ☐ 拉丁裔 ☐ 非拉丁裔 ☐ 拒答

藥局 / 地址 / 電話: _____

過去病史: 請勾選並註明曾經發生的症狀或疾病, 以及發病年齡

☐ 腹痛	☐ 心臟病發作	☐ 骨質疏鬆	☐ 高膽固醇
☐ 肺炎 / 胸膜炎	☐ 貧血	☐ 蕁麻疹	☐ 小兒麻痺
☐ 背痛	☐ 聲音沙啞持續	☐ 皮疹	☐ 血便 / 柏油便
☐ 高血壓 (HTN)	☐ 風濕熱	☐ 骨折	☐ 黃疸
☐ 類風濕性關節炎	☐ 癌症	☐ 關節損傷	☐ 耳鳴
☐ 胸痛	☐ 腎結石	☐ 猩紅熱	☐ 水痘
☐ 行走困難	☐ 癲癇	☐ 第一或第二型糖尿病	☐ 食慾不振
☐ 呼吸急促	☐ 吞嚥困難	☐ 麻疹 / 腮腺炎	☐ 皮膚問題
☐ 常見耳部感染	☐ 精神疾病	☐ 性病	☐ 常見眼部感染
☐ 偏頭痛	☐ 腳踝腫脹	☐ 足部疼痛	☐ 情緒不穩
☐ 甲狀腺疾病	☐ 胃食道逆流 (GERD)	☐ 肌肉無力	☐ 排尿問題
☐ 花粉症 / 過敏	☐ 緊張	☐ 痔瘡	☐ 最近體重減輕
☐ 頻繁流鼻血	☐ 哮喘	☐ 疝氣	☐ 飲酒: ____ 盎司 / 週
☐ 抽菸: ____ 支 / 天	☐ 茶 / 咖啡: ____ 杯 / 天	☐ 其他 _____	_____



過去手術史

過去三年內您曾住院嗎？ ☐ 是 ☐ 否

請註明手術日期: _____

用藥清單:

請列出處方藥與非處方藥: _____ ☐ 目前未服用任何藥物

您對任何藥物過敏嗎？ ☐ 是 ☐ 否 您對任何食物過敏嗎？ ☐ 是 ☐ 否

家族病史: (母親、父親、祖父母、子女、姑叔叔、表兄弟姊妹)

請勾選所有適用項目

☐ 酗酒	☐ 心血管疾病	☐ 血友病	☐ 偏頭痛
☐ 貧血	☐ 糖尿病	☐ 肝炎	☐ 骨質疏鬆
☐ 關節炎	☐ 癲癇 / 抽搐	☐ 高血壓	☐ 腎衰竭
☐ 哮喘	☐ 青光眼	☐ 腎臟疾病	☐ 中風
☐ 癌症	☐ 心臟病	☐ 精神疾病	☐ 甲狀腺疾病
☐ 其他: _____			

僅男性填寫: 最近一次攝護腺檢查日期: _____

僅女性填寫:

最近一次骨盆腔檢查日期: _____ 最近一次乳房攝影檢查日期: _____

最近一次子宮頸抹片檢查日期: _____ 最近一次乳房檢查日期: _____

經期長度: _____ 上次月經: _____ ☐ 疼痛 / 經痛 ☐ 正常 ☐ 異常

避孕方式: _____ 懷孕次數: _____

流產次數 (及日期): _____ 人工流產次數: _____

其他: ☐ 性交時疼痛 / 出血 ☐ 潮熱 / 更年期

病患簽名: _____ 日期: _____