

漢陽中醫診所

病歷表

初診日期：民國 10 年 月 日

病歷號碼

姓名	<input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士				身分證字號	
出生	民國	年	月	日	電話	
婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	職業			手機	
血型		身高	公分	體重	公斤	緊急聯絡人
住址	縣 市	區鄉 鎮市	村 里	路 街	段	巷 弄 號 樓
主訴	已多久：_____					
個人史	過敏藥物：_____ 過敏食物：_____ 飲食： <input type="checkbox"/> 全素 <input type="checkbox"/> 奶蛋素 <input type="checkbox"/> 清淡 <input type="checkbox"/> 辛辣 <input type="checkbox"/> 冷飲冰品 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> 咖啡 <input type="checkbox"/> 其它_____ 抽煙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____包/天，已抽_____年 喝酒： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，已有_____年 運動： <input type="checkbox"/> 無固定運動 <input type="checkbox"/> 有固定運動_____					
過去病史	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 其它_____					
家族病史	父： <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 其他_____ 母： <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 其他_____					
日常(複選)	睡眠：_____點上床，_____點起床，一天睡_____小時 <input type="checkbox"/> 品質佳 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 難入眠，須翻覆_____小時 <input type="checkbox"/> 服助眠藥 <input type="checkbox"/> 易醒 <input type="checkbox"/> 醒後不易再入眠 <input type="checkbox"/> 淺眠 <input type="checkbox"/> 多夢 <input type="checkbox"/> 磨牙 <input type="checkbox"/> 午睡 胃口： <input type="checkbox"/> 食慾差 <input type="checkbox"/> 無飢餓感 <input type="checkbox"/> 胃脹 <input type="checkbox"/> 腹脹 <input type="checkbox"/> 胃酸逆流 <input type="checkbox"/> 打嗝 <input type="checkbox"/> 噯氣 <input type="checkbox"/> 噁心 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 渴而多飲 <input type="checkbox"/> 口乾 <input type="checkbox"/> 咽乾 <input type="checkbox"/> 口苦 <input type="checkbox"/> 口甜 <input type="checkbox"/> 口鹹 <input type="checkbox"/> 口淡無味 <input type="checkbox"/> 口黏膩 <input type="checkbox"/> 口酸 大便：每_____天_____次 <input type="checkbox"/> 條狀 <input type="checkbox"/> 很粗大 <input type="checkbox"/> 成小丸 <input type="checkbox"/> 細小 <input type="checkbox"/> 很硬 <input type="checkbox"/> 常泥爛 <input type="checkbox"/> 常鬆散 <input type="checkbox"/> 量少 <input type="checkbox"/> 很用力才噁得出 <input type="checkbox"/> 先硬後軟 <input type="checkbox"/> 帶血 <input type="checkbox"/> 有解不淨感 <input type="checkbox"/> 排氣多 <input type="checkbox"/> 大便失禁 小便：每天約_____次 <input type="checkbox"/> 每次尿量適中 <input type="checkbox"/> 尿量偏少 <input type="checkbox"/> 尿量偏多 <input type="checkbox"/> 顏色清白或淡黃 <input type="checkbox"/> 很黃，像茶水 <input type="checkbox"/> 咖啡色 <input type="checkbox"/> 帶血絲 <input type="checkbox"/> 渾濁或起泡泡 <input type="checkbox"/> 味道很重 <input type="checkbox"/> 尿時刺痛 <input type="checkbox"/> 有解不淨感 <input type="checkbox"/> 小便失禁 每晚起床小便_____次 <input type="checkbox"/> 每次尿量適中 <input type="checkbox"/> 尿量偏少 <input type="checkbox"/> 尿量偏多 <input type="checkbox"/> 有解不淨感 疲倦： <input type="checkbox"/> 容易疲倦 <input type="checkbox"/> 早起特別累 <input type="checkbox"/> 傍晚特別累 <input type="checkbox"/> 整天都累 <input type="checkbox"/> 其它時段_____特別累 <input type="checkbox"/> 容易腰痠 <input type="checkbox"/> 容易背痛 <input type="checkbox"/> 腹部有下墜感 <input type="checkbox"/> 身體沉重感 <input type="checkbox"/> 易手足冰冷					
婦科(複選)	上次月經_____月_____日，平均_____天一次，每次持續_____天 <input type="checkbox"/> 經期不定 經來之前 <input type="checkbox"/> 小腹悶脹 <input type="checkbox"/> 小腹痛 <input type="checkbox"/> 腰痠 <input type="checkbox"/> 胸悶 <input type="checkbox"/> 乳房脹痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 軟便或瀉 經來之時 <input type="checkbox"/> 小腹悶 <input type="checkbox"/> 小腹痛 <input type="checkbox"/> 腰痠 <input type="checkbox"/> 胸悶 <input type="checkbox"/> 小腹下墜感 <input type="checkbox"/> 頭暈 <input type="checkbox"/> 軟便或瀉 經血量 <input type="checkbox"/> 適中 <input type="checkbox"/> 偏少 <input type="checkbox"/> 偏多 <input type="checkbox"/> 極多 <input type="checkbox"/> 之後點滴不止，持續_____天 經血顏色 <input type="checkbox"/> 鮮紅色 <input type="checkbox"/> 偏暗紅色 <input type="checkbox"/> 淡紅色 月經血塊 <input type="checkbox"/> 很多 <input type="checkbox"/> 很少或無 <input type="checkbox"/> 和拇指頭一樣大或更大 <input type="checkbox"/> 比拇指頭還小 分泌物： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 經前 <input type="checkbox"/> 經後 <input type="checkbox"/> 經間 <input type="checkbox"/> 量多 <input type="checkbox"/> 量少 <input type="checkbox"/> 偶爾 <input type="checkbox"/> 常常 <input type="checkbox"/> 清稀 <input type="checkbox"/> 黏稠 <input type="checkbox"/> 黃色 <input type="checkbox"/> 乳白色 <input type="checkbox"/> 褐色 <input type="checkbox"/> 無味道 <input type="checkbox"/> 味道重 <input type="checkbox"/> 搔癢 <input type="checkbox"/> 腹部疼痛 <input type="checkbox"/> 帶血絲或血塊 停經：_____歲，停經期會 <input type="checkbox"/> 發熱 <input type="checkbox"/> 冒汗 <input type="checkbox"/> 面潮紅 <input type="checkbox"/> 煩躁 <input type="checkbox"/> 易怒 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 失眠 胎產：共懷孕_____次，產下_____胎，人工流產_____次，自然流產_____次 <input type="checkbox"/> 腰椎麻醉史					

請儘量勾選(複選)，以利醫師了解您的病情！不確定可略過