WANG & JIANG MD PA

New Patient Health History

个人医疗病史表格

Name 姓名	D	OB 出生日	Ⅎ期		Date	日期
Socially History 社会关系						
Occupation 职业:						
Employer 工作单位:						
Degree/Highest Education Level 学历:						
Marital Status (circle one):	Single		Partner	Marrie	d Divorce	Widowed
婚姻状况(选一项画圈):	单身		交往中	已婚	离婚	丧偶
Spouse/Partner's Name 配偶姓名:			N	lumber of chi	ildren 子女人数:	
Number of grand children 孙子/女人数:			Numb	er of great gi	randchildren 曾孙	子/女人数:
Who lives at home with you? 在家中与你同住的	的人有?					
In the last 12 months, any fall?		Yes		How many	No)
过去 12 个月有没有跌倒?		有		多少次	没有	Ī
Tobacco Use 烟草		Yes		EX-Smoker	· Ne	ever
Smoker 吸烟? (circle one 选一)		有		已戒烟		吸烟
lf Yes 如果吸烟 Packs/day 每天多少包/支:	_ If Ex-	smoker 如	果已戒烟	da	ate 戒烟日期	
Other tobacco use (circle one):	Pipe	Cigar	Snuff	Chew	how many yea	r 烟龄
使用其他烟草种类(选一个):	水烟	雪茄	卷烟	槟榔	.,	
Alcohol Use 酒类						
 Do you drink alcohol? 是否饮酒? 是 Y	es 否No	Type? (circle one	Beer	Wine	Liquor
# of drinks per week 平均每周饮酒数量:	饮酒种类	?(选一)) 啤	酒	葡萄酒	烈酒
Drug Use 毒品						
Do you use marijuana or other recreational dru	-	one)			∕es ⊨	No 不
是否有/曾经吸食大麻或其他禁用药/毒品?				·	是	否
Have you ever used needles to inject drugs? (c 是否有/曾经使用注射毒品? (选一个)	ircle one)				/es 是	No 否
	al la			,	Ç	н
<u>In the past 2 weeks, have you been bothere</u> 在过去 2 周里, 是否有过以下症状:	<u>a by:</u>					
Feeling sad or empty 感到悲伤或空虚				١	/es 是	No 否
Feelings of worthlessness 感觉自己没有价值				١	/es 是	No 否
Less ability to think or concentrate 思考或集中注	E意力的能力	力较差		١	/es 是	No 否
Less interest in daily activities 对日常活动的兴趣减少					/es 是	No 否
Tearfulness 经常哭泣				١	/es 是	No 否
Thoughts of death or suicide 有自杀或者死亡的	想法				/es 是	No 否
Weight loss or gain when not dieting.在没有节食		体重増加	或减轻		/es 是	No 否
Do you have any allergies to medication					Yes 是	no 否
If yes, what are the medications and your reaction						
Preventative Screenings (Please Ci						
Colonoscopy 结肠镜检查	Yes 有	when 什	么时候			No 没有
Mammogram 乳腺检查						No 没有
Pneumonia shot 注射肺炎疫苗						No 没有
Flu shot 注射流感疫苗						No 没有
Pap smear 子宫颈抹片检查 Yes 有		十么时候_				No 没有

Name 姓名			DOB 出生	日期	Date 日期
Personal Medical Histo 个人病史: 是否有或者曾经			or previously	had any of the follow	ing?
Alcohol/Drug Abuse		Yes	No	Туре	
酗酒/毒品		是	否		
Anxiety		Yes	No	117/	
焦虑		是	否		
Asthma		Yes	⊢ No	Туре	
哮喘		是	否		
Arthritis		Yes	⊢ No	Type	
关节炎		是	否		
Bladder/Kidney Problen	ns	Yes	⊢ No	Type	
肾/膀胱炎	15	是	否	* *	
Alcohol/Drug Abuse		Yes	⊔ No	Type	
酗酒/毒品		是	否		
Blood Clot		Yes	⊔ No	Type	
血液疾病		是	否		
Cancer		Yes	□ No	Where	
癌症		是	否		
Hypo/hyperthyroidism		Yes	П No	Hh.fr	
甲状腺疾病		是	否		
イル版が大物 Heart Disease		Æ Yes	No H	Typo	
心脏疾病		Tes 是	否	Type ≨li Ж	
心紅水 Diabetes		Æ Yes			
糖尿病		Tes 是	No 否	Type 私米	
他你啊 Heart Burn		Æ Yes	ĭ≓ No	作失	
心脏病		tes 是	否		
Hypertension		Yes =	No 本		
高血压		是	否 Na		
Gout ਅਤੇ ਯ		Yes	No ⊼		
痛风		是	否		
High Cholesterol		Yes	No ⊼		
高胆固醇		是	否		
Liver Disease		Yes	No ⊼		
肝脏疾病		是	否		
Family Medical History	1			Type/Where	Relationship
家庭病史 Alcohol/Drug abuse	Yes	NO		种类/哪里	与你的关系
酗酒/毒品	Pes 是	否			
Allergies	Æ Yes	NO H			
过敏	是 是	否			
Anxiety	Yes	П NO			
焦虑	是	否			
無極 Asthma	Yes	NO			
哮喘	Hes 是	NO 否			
呼响 Arthritis	Æ Yes	NO			
关节炎	是 是	否			
Bladder/Kidney Problems	Yes	NO			
肾/膀胱炎	res 是	NO 否			
育/膀胱炎 Blood Clot					
血液疾病	Yes 是	NO 否			
皿液疾病 Cancer	定 Yes	台 NO			
癌症	Yes 是				
瘤症 Hypo/hyperthyroidism	定 Yes	否 NO			
riypo/riypertilyrolulsili	162	NU			

甲状腺疾病

Heart Disease

是

Yes

否

NO

離尿样 是 否 NO	Name 姓名			DOB 出生日期			Date 日期			
Diabetes Yes NO	心脏疾病	是	否							
Near Bun Yes NO NO Manager Per No Manager Per No When 什么时候 No 没有 No 没有 Last Annual physical 上一次年检 Yes 有 When 什么时候 No 没有 Surgical History: Have you ever had surgery/procedures for any of these reasons? (circle one) 手术史: 是 否有过以下 手术处历 Appendix 百 Yes No Year: 是 不 No Year: 是 不 No Year: 是 No Yea	Diabetes									
Near Bun Yes NO NO Manager Per No Manager Per No When 什么时候 No 没有 No 没有 Last Annual physical 上一次年检 Yes 有 When 什么时候 No 没有 Surgical History: Have you ever had surgery/procedures for any of these reasons? (circle one) 手术史: 是 否有过以下 手术处历 Appendix 百 Yes No Year: 是 不 No Year: 是 不 No Year: 是 No Yea		是								
Age										
No 流血压 是										
高血压 是 否 Gootu Yes NO 場点										
Gout Yes NO ABARDA REASON RELIABED TO SECTION AS A RELIABED REASON RELIABED RELIABE										
#N 是 否 NO MEMBER										
High Cholesterol Yes NO 高度關節 是 否 B										
高胆國解 是 否										
Diabtes Eye exam 眼科检查 Yes 有 when 什么时候	_									
Pièse病 是 否										
Diabtes Eye exam 眼科检查 Yes 有 when 什么时候										
Last Annual physical 上一次年检 yes 有 when 什么时候 No 没有 Surgical History: Have you ever had surgery/procedures for any of these reasons? (circle one) 手术史: 是 否有过以下 手术起历 Appendix 盲 Yes No Year: 一	开班	定	Ħ							
Sungical History: Have you ever had surgery/procedures for any of these reasons? (circle one)		Diabtes Eye exam 眼科	btes Eye exam 眼科检查		Yes 有 when 什么时何				No 没有	
手术处历 Appendix 宣 Yes No Year: Year: Dyar: Dyar: <td></td> <td>Last Annual physical 上</td> <td>一次年检</td> <td colspan="3">yes 有 when 什么时候</td> <td></td> <td></td> <td>No 没有</td>		Last Annual physical 上	一次年检	yes 有 when 什么时候					No 没有	
Back Yes No Year:		手术史: 是 否有过以下 手术经历 Appendix 盲	ever man san 8	,	Yes	No	Year:			
育権手术										
Heart							Year:			
心脏手术 Hip 機骨手术 (臀部) 有 没有 日期 Hysterectomy Yes No Year: 「写師等术 有 没有 日期 Hysterectomy Yes No Year: 「子官切除手术 有 没有 日期 C-Section Yes No Year: 副腹が手术 有 没有 日期 Bilateral Tubal Ligation (Tubes tied) Yes No Year: 双側输卵管切断手术 有 没有 日期 Gallbladder removal Yes No Year: 胆囊切除手术 有 没有 日期 Breast Surgery Yes No Year: 乳房乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 素房乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 素房乳腺切除手术 有 没有 日期 Dosage 利量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量 Relationship Directions 用量										
Hip 微骨手术 (臀部) 有 没有 日期 Hysterectomy Yes No Year: 一字宫切除手术 有 没有 日期 C-Section Yes No Year: 刑腹产手术 有 没有 日期 Bilateral Tubal Ligation (Tubes tied) Yes No Year: 双侧输卵管切断手术 有 没有 日期 Gallbladder removal Yes No Year: 胆囊切除手术 有 没有 日期 Breast Surgery Yes No Year: 乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 和修复手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 和修复手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 和修复手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 和修复手术 有 没有 日期 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量										
(骨部) 有 没有 日期				ĺ	Ħ	议有	L1 797			
イタイ 日期				,	Yes	No	Year:			
Hysterectomy 子宫切除手术 有 没有 日期 C-Section Yes No Year: 剖腹产手术 有 没有 日期 Bilateral Tubal Ligation (Tubes tied) Yes No Year: 双侧输卵管切断手术 有 没有 日期 Gallbladder removal Yes No Year: 胆囊切除手术 有 没有 日期 Breast Surgery Yes No Year: 乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Ap No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量							日期			
子宮切除手术 C-Section Yes No Year:										
制腹产手术 有 没有 日期 Bilateral Tubal Ligation (Tubes tied) Yes No Year: 双側軸卵管切断手术 有 没有 日期 Gallbladder removal Yes No Year: 胆嚢切除手术 有 没有 日期 Breast Surgery Yes No Year: 乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 加修复手术 有 没有 日期 Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量		子宫切除手术		7	有	没有	日期			
Bilateral Tubal Ligation (Tubes tied) Yes No Year:										
双侧输卵管切断手术 有 没有 日期 Gallbladder removal Yes No Year: 胆囊切除手术 有 没有 日期 Breast Surgery Yes No Year: 乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 疝修复手术 有 没有 日期 Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量										
Gallbladder removal 胆囊切除手术 有 没有 日期 Breast Surgery Yes No Year: 乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 拉修复手术 有 没有 日期 Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量			ubes tied)							
胆嚢切除手术 有 没有 日期 Breast Surgery Yes No Year: 乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 加修复手术 有 没有 日期 Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量 「										
Breast Surgery Yes No Year: 乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year: 疝修复手术 有 没有 日期 Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量										
乳房/乳腺切除手术 有 没有 日期 Tonsillectomy Yes No Year:										
Tonsillectomy Yes No Year: 扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year:										
扁桃体切除手术 有 没有 日期 Hernia Repair Yes No Year:		Tonsillectomy		•	Yes		Year:			
和修复手术 有 没有 日期 Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量 ———————————————————————————————————				;	有		日期			
Other: 其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量 ———————————————————————————————————										
其他 Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法,用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量 ———————————————————————————————————				•	Ħ	汉 月	口州			
Please write down any/all current medications, dosages, and directions. 请填写例常服用药物名称,用法, 用量 Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量 ———————————————————————————————————										
Medication 药名 ss Dosage 剂量 Relationship Directions 用量 ———————————————————————————————————		Please write down a			osages,	and directions.				
			似何你,用伍							
	<u>Medication 药名 ss</u>		<u>Dosage 剂量</u>			<u>Rela</u>	tionship Dire	ctions 用量		
										
										