

New Patient Health History

个人医疗病史表格

Name 姓名 \_\_\_\_\_ DOB 出生日期 \_\_\_\_\_ 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 Married 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: \_\_\_\_\_ Number of children 子女人数: \_\_\_\_\_

Number of grand children 孙子/女人数: \_\_\_\_\_ Number of great grandchildren 曾孙子/女人数: \_\_\_\_\_

Who lives at home with you? 在家中与你同住的人有? \_\_\_\_\_

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

Tobacco Use 烟草 Yes EX-Smoker Never  
 Smoker 吸烟? (circle one 选一) 有 已戒烟 从不吸烟

If Yes 如果吸烟 Packs/day 每天多少包/支: \_\_\_\_\_ If Ex-smoker 如果已戒烟 date 戒烟日期 \_\_\_\_\_

Other tobacco use (circle one): Pipe Cigar Snuff Chew how many year 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 Yes 否 No Type? (circle one) Beer Wine Liquor  
 # of drinks per week 平均每周饮酒数量: \_\_\_\_\_ 饮酒种类? (选一个) 啤酒 葡萄酒 烈酒

Drug Use 毒品 Do you use marijuana or other recreational drugs? (circle one) Yes No  
 是否有/曾经吸食大麻或其他禁用药/毒品? (选一个) 是 否  
 Have you ever used needles to inject drugs? (circle one) Yes No  
 是否有/曾经使用注射毒品? (选一个) 是 否

**In the past 2 weeks, have you been bothered by:**  
 在过去 2 周里, 是否有过以下症状:  
 Feeling sad or empty 感到悲伤或空虚 Yes 是 No 否  
 Feelings of worthlessness 感觉自己没有价值 Yes 是 No 否  
 Less ability to think or concentrate 思考或集中注意力的能力较差 Yes 是 No 否  
 Less interest in daily activities 对日常活动的兴趣减少 Yes 是 No 否  
 Tearfulness 经常哭泣 Yes 是 No 否  
 Thoughts of death or suicide 有自杀或者死亡的想法 Yes 是 No 否  
 Weight loss or gain when not dieting. 在没有节食的情况下, 体重增加或减轻 Yes 是 No 否  
 Do you have any allergies to medications? 有任何药物过敏吗? Yes 是 no 否

If yes, what are the medications and your reactions? 如果是, 对那类药物过敏? 有怎样的过敏反应? \_\_\_\_\_

**Preventative Screenings (Please Circle Yes or No) 预防性筛查 (请选有或没有)**

Colonoscopy 结肠镜检查	Yes 有	when 什么时候 _____	No 没有
Mammogram 乳腺检查	Yes 有	when 什么时候 _____	No 没有
Pneumonia shot 注射肺炎疫苗	Yes 有	when 什么时候 _____	No 没有
Flu shot 注射流感疫苗	yes 有	when 什么时候 _____	No 没有
Pap smear 子宫颈抹片检查	Yes 有	when 什么时候 _____	No 没有

**Personal Medical History: Do you have now or previously had any of the following?**

**个人病史：是否有或者曾经有过以下症状？**

Alcohol/Drug Abuse	Yes	No	Type
酗酒/毒品	是	否	种类 _____
Anxiety	Yes	No	
焦虑	是	否	
Asthma	Yes	No	Type
哮喘	是	否	种类 _____
Arthritis	Yes	No	Type
关节炎	是	否	种类 _____
Bladder/Kidney Problems	Yes	No	Type
肾/膀胱炎	是	否	种类 _____
Alcohol/Drug Abuse	Yes	No	Type
酗酒/毒品	是	否	种类 _____
Blood Clot	Yes	No	Type
血液疾病	是	否	种类 _____
Cancer	Yes	No	Where
癌症	是	否	部位 _____
Hypo/hyperthyroidism	Yes	No	
甲状腺疾病	是	否	
Heart Disease	Yes	No	Type
心脏疾病	是	否	种类 _____
Diabetes	Yes	No	Type
糖尿病	是	否	种类 _____
Heart Burn	Yes	No	
心脏病	是	否	
Hypertension	Yes	No	
高血压	是	否	
Gout	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**

家庭病史			Type/Where 种类/哪里	Relationship 与你的关系
Alcohol/Drug abuse	Yes	NO	_____	_____
酗酒/毒品	是	否	_____	_____
Allergies	Yes	NO	_____	_____
过敏	是	否	_____	_____
Anxiety	Yes	NO	_____	_____
焦虑	是	否	_____	_____
Asthma	Yes	NO	_____	_____
哮喘	是	否	_____	_____
Arthritis	Yes	NO	_____	_____
关节炎	是	否	_____	_____
Bladder/Kidney Problems	Yes	NO	_____	_____
肾/膀胱炎	是	否	_____	_____
Blood Clot	Yes	NO	_____	_____
血液疾病	是	否	_____	_____
Cancer	Yes	NO	_____	_____
癌症	是	否	_____	_____
Hypo/hyperthyroidism	Yes	NO	_____	_____
甲状腺疾病	是	否	_____	_____
Heart Disease	Yes	NO	_____	_____

Name 姓名 \_\_\_\_\_ DOB 出生日期 \_\_\_\_\_ Date 日期 \_\_\_\_\_

心脏疾病	是	否	_____	_____
Diabetes	Yes	NO	_____	_____
糖尿病	是	否	_____	_____
Heart Burn	Yes	NO	_____	_____
心脏病	是	否	_____	_____
Hypertension	Yes	NO	_____	_____
高血压	是	否	_____	_____
Gout	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	_____	_____

Diabetes Eye exam 眼科检查      Yes 有      when 什么时候 \_\_\_\_\_      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

手术经历

Appendix 盲	Yes	No	Year: _____
肠切除手术	有	没有	日期 _____
Back	Yes	No	Year: _____
脊椎手术	有	没有	日期 _____
Heart	Yes	No	Year: _____
心脏手术	有	没有	日期 _____
Hip			
髋骨手术	Yes	No	Year: _____
(臀部)	有	没有	日期 _____
Hysterectomy	Yes	No	Year: _____
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	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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____