

ADULT HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE (成人健康史問卷)

<p>理由訪問： 列表中的重要性順序給你</p>	<p>藥物： 列出所有吃藥，草藥，維生素，營養補充劑</p>	<p>過敏： 列出任何過敏的藥物和/或食物</p>
-------------------------------------	---	--------------------------------------

既往史：

你有，或者你曾經在過去，以下任何條件？ 檢查 (✓) 是還是不是;沒有直線討好。完成兩列。

	沒有	是的	意見		沒有	是的	意見
高血壓				腎 / 小便問題			
高膽固醇				行程			
糖尿病				癌症			Specify:
心臟問題 / 胸痛				前列腺問題			
甲狀腺問題				關節炎 / 關節問題			
肺部問題 / 哮喘				回到問題			
乳房問題				重傷			
眼 / 視力問題			△ Corrective lenses	劇烈頭痛			
耳朵 / 聽力問題				抽搐 / 癲癇發作			
季節性過敏				焦慮 / 神經緊張			
胃病 / 潰瘍				血凝塊 (腿 / 肺)			
肝炎 / 肝臟問題				皮膚問題			
排便困難 / 結腸息肉				蕭條			
痔核				其他問題 (請註明)			
貧血 / 血液問題				手術			
輸血							

手術和住院治療：

年	疾病 / 傷害 / 手術	醫院

只有女性

生育史

<p>第一階段的年齡？ 最後師範大學期 (LNMP) 的第一天： 週期的長度是多少？_____ 流天？_____ 期為：<input type="checkbox"/>定期 <input type="checkbox"/>不規則 用一小時的墊/棉塞最大數 _____ 月經來潮：<input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>溫和 <input type="checkbox"/>溫和 <input type="checkbox"/>嚴重 最後的巴氏塗片日期：_____ 是不是正常的？<input type="checkbox"/>是的 <input type="checkbox"/>沒 曾經有過異常巴氏塗片？<input type="checkbox"/>是的 <input type="checkbox"/>沒有 最後乳房X光檢查的日期：_____ 是不是正常的？<input type="checkbox"/>是的 <input type="checkbox"/>沒有 難道你媽沒 DEC (激素) 當她懷上了嗎？ <input type="checkbox"/>是的 <input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>未知</p>	<p>你有沒有懷孕？ <input type="checkbox"/>沒有 <input type="checkbox"/>是的 總數懷孕： _____ a) # 活產嬰兒： _____ d) # 死胎： b) # 足月： _____ e) # 流產 / 流產： c) # 過早： _____ f) # 宮外孕 / 輸卵管妊娠： 最後交貨日期：_____ 什麼問題？ <input type="checkbox"/>是的 <input type="checkbox"/>沒有 住子女數目？ _____ 你現在母乳喂養？ <input type="checkbox"/>是的 <input type="checkbox"/>沒有</p>
---	--

症狀

您目前有以下任何症狀？請填寫兩列。檢查 (✓) 是或否;沒有直線討好。完成兩列。

	沒有	是的	意見		沒有	是的	意見
不尋常的心跳				問題 / 疼痛與性			
胸部疼痛				睡眠問題			
盜汗				沒有興趣/享樂做的事情呢？			
呼吸困難				情緒低落, 沮喪, 絕望？			
頻繁的咳嗽				經常感到情緒激動和			
消化不良				不堪重負			
便秘 / 腹瀉				有沒有人受傷或虐待你嗎？ <input type="checkbox"/> 從來沒有 <input type="checkbox"/> 最近 <input type="checkbox"/> 以往 如果是的話, 怎麼樣？ <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 精神上 <input type="checkbox"/> 性 <input type="checkbox"/> 口頭 你目前感覺銷售在家嗎？ <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有時			
麻煩排尿							
便血 / 直腸							
不尋常的體重增加 / 虧損				你有沒有被放置在一個女生 / 男生家裡, 寄養家庭, 團體回家嗎？ <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 沒有			
光線當家 / 頭暈 / 隱隱腹痛				家庭暴力的歷史？ <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 沒有			
女性潮熱				你有沒有被定罪的性犯罪？ <input type="checkbox"/> 是的 <input type="checkbox"/> 沒有			

家族史：

(✓) 有什麼你的家人/血親過以下任一條件？完成兩列。

	沒有	是的	評論		沒有	是的	評論
高血壓				腸胃問題			
糖尿病或高糖				肝炎 / 肝癌問題			
心臟問題				酒精 / 毒品問題			
行程				精神病 / 情緒問題			
癌症				遺傳性疾病			
TB或肺部問題				地中海貧血或鐮狀細胞			
腎臟或尿液的問題				在家庭中的任何其他問題？			

習慣

你需要幫助的日常活動？	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 是的	如果有，請從下面需要檢查：			
<input type="checkbox"/> 烹飪	<input type="checkbox"/> 買菜	<input type="checkbox"/> 敷料	<input type="checkbox"/> 床	<input type="checkbox"/> 使用廁所	<input type="checkbox"/> 起床從椅子	<input type="checkbox"/> 服藥
你現在使用的，或者你有沒有用，以下幾點：						
煙草	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有	類型？_____	#包 / 天：_____	#歲月：_____	年齡開始：_____ 歲月
酒精使用：	年齡開始：_____ 歲月	尋求治療酗酒：	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有		
參與康復計劃？	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有	酗酒家族史：	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有	
藥物使用 / 濫用						
使用藥物？	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 從前	藥物類型？_____	頻率_____	
				藥物類型？_____	頻率_____	
				藥物類型？_____	頻率_____	
尋求治療濫用藥物：	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有				
參與康復計劃：	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有				
藥物濫用家族史：	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有				

性史

<input type="checkbox"/> 以前沒有性經驗	<input type="checkbox"/> 維珍（以前沒有性交）	<input type="checkbox"/> 沒有性活躍，此時			
<input type="checkbox"/> 性活躍的有（檢查所有適用）	<input type="checkbox"/> 男人	<input type="checkbox"/> 婦女	<input type="checkbox"/> 兩		
目前的合作夥伴的數量：_____	終生伴侶的數量：_____				
最近一次發生性關係是 _____ 日 / 月 / 年前					
採取安全性行為：	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有時	最近的未受保護的遭遇：_____ 週 / 月 / 年前	
請問你的性伴侶有其他性伴侶？	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 我不知道 / 可能		
你有沒有過誰擁有與性別性伴侶：	<input type="checkbox"/> 靜脈吸毒者	<input type="checkbox"/> 妓女 / 支付性愛	<input type="checkbox"/> 人同性		
您或您的性伴侶有任何感染相關性嗎？	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 是的（如果是，請註明）：			
歷史 STI's:	<input type="checkbox"/> 衣原體	<input type="checkbox"/> 淋病	<input type="checkbox"/> 尖銳濕疣	<input type="checkbox"/> 泡疹	<input type="checkbox"/> 其他（請註明）：

節育方法

如何重要的是它讓你避免懷孕呢？	<input type="checkbox"/> 很	<input type="checkbox"/> 有些	<input type="checkbox"/> 一點也不				
你和 / 或你的伴侶平穩懷孕在未來兩年？	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 可能是				
你想如何規劃一個健康的懷孕的任何信息？	<input type="checkbox"/> 是的	<input type="checkbox"/> 沒有					
用什麼方法避孕的，你現在？	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 避孕套	<input type="checkbox"/> 丸	<input type="checkbox"/> 注射	<input type="checkbox"/> IUD	<input type="checkbox"/> 輸卵管結紮術	<input type="checkbox"/> 其他：
有什麼節育方法使你的問題？	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 是的，解釋一下：					
您在過去使用的是什麼節育方法有哪些？（多選）	男子回答第一線，適用於女性任何。						
	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 節制	<input type="checkbox"/> 安全期避孕法	<input type="checkbox"/> 提款	<input type="checkbox"/> 避孕套	<input type="checkbox"/> 輸精管結紮術	
	<input type="checkbox"/> 丸	<input type="checkbox"/> 補丁	<input type="checkbox"/> DMPA (Depo)	<input type="checkbox"/> 皮下埋植	<input type="checkbox"/> 光圈	<input type="checkbox"/> IUD	
	<input type="checkbox"/> 輸卵管結紮術	<input type="checkbox"/> 泡沫 / 陰道插入	<input type="checkbox"/> 其他（請註明）：	_____			

鍛煉

你是否經常鍛煉？ 沒有 是的 如果有，是什麼類型的？_____ 多少每個會話分鐘？_____

飲食

你有，或你有過，飲食失調或特殊的飲食問題？ 沒有 是的，解釋

目前的攝入量：	高	中	低	編輯點評：
脂肪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
纖維（水果/蔬菜）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
咖啡因	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
鹽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
糖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
水 / 液體	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

免疫接種和測試

你知不知道你已經收到在過去，作為一個成年人或兒童接種疫苗是什麼？（請檢查）

- | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TD /破傷風 | <input type="checkbox"/> 脊髓灰質炎 | <input type="checkbox"/> MMR | <input type="checkbox"/> 風疹 | <input type="checkbox"/> Pneumovax |
| <input type="checkbox"/> 流感 | <input type="checkbox"/> A型肝炎 | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 水痘 | |
- 檢查這裡如果你還沒有任何疫苗接種
- 檢查這裡如果你在美國收到你的童年疫苗接種

近期最TB皮試？_____

你曾經有過積極的TB皮試？ 沒有 是的

如果是，胸部X線檢查結果？ 正常 異常

你是否曾經治療結核病？ 沒有 是的

如果是的話，請回答以下問題：

治療日期：_____ 藥物名稱：_____ 治療時間的長度：_____個月