

姓名 \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_

您是否曾患有以下任何一種疾病？

**病理：**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD (注意力缺失症) / ADHD (注意力不足過動症) | <input type="checkbox"/> 濕疹                               | <input type="checkbox"/> 腎結石             |
| <input type="checkbox"/> 腎上腺失調                          | <input type="checkbox"/> 眼睛疾病                             | <input type="checkbox"/> 瘡疾              |
| <input type="checkbox"/> 酒精濫用                           | <input type="checkbox"/> 骨折                               | <input type="checkbox"/> 多發性硬化症          |
| <input type="checkbox"/> 過敏                             | <input type="checkbox"/> 生殖器疣                             | <input type="checkbox"/> 流行性腮腺炎          |
| <input type="checkbox"/> 貧血                             | <input type="checkbox"/> 淋病                               | <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮症           |
| <input type="checkbox"/> 食慾缺乏症                          | <input type="checkbox"/> 頭痛                               | <input type="checkbox"/> 骨佩吉特氏病          |
| <input type="checkbox"/> 焦慮症                            | <input type="checkbox"/> 聽力喪失                             | <input type="checkbox"/> 肺炎              |
| <input type="checkbox"/> 關節炎                            | <input type="checkbox"/> 心臟疾病                             | <input type="checkbox"/> PCOS (多囊性卵巢綜合症) |
| <input type="checkbox"/> 哮喘                             | <input type="checkbox"/> 心臟雜音                             | <input type="checkbox"/> 懷孕              |
| <input type="checkbox"/> 膀胱疾病                           | <input type="checkbox"/> 肝炎                               | <input type="checkbox"/> 牛皮癬             |
| <input type="checkbox"/> 出血性失調                          | <input type="checkbox"/> 飽疹                               | <input type="checkbox"/> 放射治療            |
| <input type="checkbox"/> 暴食症                            | <input type="checkbox"/> HIV (人類免疫缺陷病毒) / AIDS (愛滋病)      | <input type="checkbox"/> 癩癩              |
| <input type="checkbox"/> 癌症                             | <input type="checkbox"/> 蕁麻疹                              | <input type="checkbox"/> 鼻竇炎 (慢性)        |
| <input type="checkbox"/> 粥狀瀉疾病                          | <input type="checkbox"/> HPV (人乳頭狀瘤病毒)                    | <input type="checkbox"/> 中風              |
| <input type="checkbox"/> 衣原體性病                          | <input type="checkbox"/> 高血脂                              | <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病           |
| <input type="checkbox"/> 凝血失調                           | <input type="checkbox"/> 高血壓                              | <input type="checkbox"/> 肺結核             |
| <input type="checkbox"/> 腦震盪                            | <input type="checkbox"/> 單核細胞增多症                          | <input type="checkbox"/> 潰瘍性結腸炎          |
| <input type="checkbox"/> 抑鬱症                            | <input type="checkbox"/> 大腸激躁症 (Irritable bowel syndrome) | <input type="checkbox"/> 水痘              |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病                            |   |  |

**麻醉史：**

- 困難插管  
 惡性高熱  
 假膽鹼酯酶不足  
 脊髓性頭痛

我未曾患有嚴重健康問題

**手術：**

- 腺樣增殖切除術  
 闌尾切除術  
 膽囊切除術  
 耳管  
 膝關節前十字韌帶撕裂  
 膝關節鏡檢查  
 器官移植  
 卵巢囊腫切除術  
 脾切除術  
 扁桃腺切除術  
 減重手術

其他手術歷史：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**家族史：**

酒精濫用    凝血失調    乳房癌    結腸癌    黑色素瘤    糖尿病    藥物依賴    心臟疾病    高血脂    高血壓    學習障礙    精神病    中風    心臟驟停    父母已故    腦瘤    睡眠呼吸暫停    其他

母親																		
父親																		
姐妹																		
兄弟																		
外祖父																		
外祖母																		
祖父																		
祖母																		
阿姨																		
舅舅																		
姑姑																		
叔伯																		

收養     家族史不明

準備好告知護士正在使用的藥物（包括避孕、痘痘、非處方藥、維他命等）

### 運動：

您是否定期運動？

- 是  
 否

我會適度運動：

- 每週少於三次  
 每週超過三次

我努力運動：

- 每週少於三次  
 每週超過三次

### 性取向/性別：

您的性取向是什麼？

- 異性戀  
 同性戀  
 雙性戀  
 其他：\_\_\_\_\_

您的性別是什麼？

- 女性  
 男性  
 變性  
 其他：\_\_\_\_\_

**虐待史：** 因在許多家庭中，暴力已成為問題，因此我們會對所有患者提問這些問題。

**言語虐待：**

- 正在經歷  
 過去經歷  
 從未經歷  
 選擇不透露

**肢體虐待：**

- 正在經歷  
 過去經歷  
 從未經歷  
 選擇不透露

**性虐待：**

- 正在經歷  
 過去經歷  
 從未經歷  
 選擇不透露

### 酒精使用：

您是否喝酒？  是  否

如果是，每週喝多少酒？

杯裝葡萄酒：\_\_\_\_\_

罐裝啤酒：\_\_\_\_\_

杯裝烈酒：\_\_\_\_\_

### 娛樂性藥物使用：

您是否正在使用中？  是  否

每週使用幾次？ \_\_\_\_\_

我使用：（圈選所有適用項）

安非他命

硝酸戊酯

合成類固醇

巴比妥酸鹽

苯二氮平類藥物

「霹靂」古柯鹼

古柯鹼

芬太尼

氟硝安定

GHB（丙種羥基丁酸鹽）

大麻樹脂

氯胺酮

LSD（麥角酸二乙基醯胺）

大麻

搖頭丸

墨斯卡靈

去氧麻黃碱

安眠酮

呱醋甲酯

笑氣

麻醉藥

鴉片

PCP（五氯苯酚）

裸蓋菇素

溶解吸入劑

其他： \_\_\_\_\_

### 性行為/避孕：

性活躍？

- 是  
 否  
 目前並沒有

伴侶：

- 男性  
 女性  
 皆有

避孕：（圈選所有適用項）

禁慾

IUD（子宮內避孕器）

手術

避孕藥

陰道避孕套

子宮頸帽

避孕貼

性交中斷法

避孕套

更年期

無

子宮帽

生理節律

其他： \_\_\_\_\_

避孕植入器

殺精劑

避孕針

避孕海綿

### 菸草使用：

每天包數：（圈選一項）

0.25    0.5    1    1.5    2    3

無煙菸草？

是  否

準備戒菸？

是  否

開始日期： \_\_\_\_\_

結束日期： \_\_\_\_\_

備註： \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

**事先指示：**

**我有：**

- 生前遺囑  
 長期醫療授權書  
 無

**您是否需要上述資訊？**

是  否

**營養：**

是否有任何非計劃性的體重減少（在過去的兩個月內體重減少超過 10 磅）？

是  否

**疫苗：**

您是否曾接種肺炎疫苗？

是  否

您這一季節是否接種流感疫苗？

是  否

**行動力：**

您近期是否有任何行動力的減退？

是  否

您是否有跌倒歷史？

是  否

您近期在進行日常生活活動方面的能力是否有產生變化？

是  否

**使用的輔助器具：**（圈選所有適用項）

左下肢支撐器 右下肢支撐器 手杖 頸托  
便桶 隱形眼鏡 拐杖 假牙  
眼鏡 其他： \_\_\_\_\_

**認知/功能：**

您是否失聰或重聽？

是  否

您在走路或攀登方面是否有困難？

是  否

您是否失明或視覺困難，甚至戴眼鏡？

是  否

您在穿衣或洗浴方面是否有困難？

是  否

您是否在集中精神、記憶或做決定方面有困難？

是  否

您在單獨做如看醫生或購物活動方面是否有困難？

是  否

**抑鬱症篩查：**

在過去的兩週內，您是否有以下方面的困擾：

- 做事情缺發興趣或愉悅感  
感覺情緒低落、沮喪或絕望  
以上皆無

**家庭護理：**

**目前居住類型：**（圈選）

單獨居住 與家人一起居住 寄宿家庭  
群體之家 輔助生活 護理之家  
專業護理機構 其他： \_\_\_\_\_

**目前在家中的協助：**（圈選所有適用項）

監督性設置 家庭醫療護理 康復  
設備 教育支援 ADL（日常生活活動協助）  
藥物治療 呼吸護理 家中護理者 無

**支援系統：**（圈選所有適用項）

配偶/重要的另一半 父母 孩子 家庭成員  
案例經理/社工 教堂/信仰社區  
朋友/鄰居 家庭護理人員 組織性的支援小組  
庇護所 治療師 無 其他： \_\_\_\_\_

**您是否使用家庭護理服務？**

是  否  其他： \_\_\_\_\_