PATIENT HEALTH HISTORY

NAME:________________________ **DOB**:___/___/___/ **SEX**: **M / F**
(Last) (First)

PLEASE CHECK ANY OF THE FOLLOWING MEDICAL CONDITIONS YOU HAVE HAD

NECK PAIN（首痛）		**IMPOTENCE**（阳痿）		**ALLERGIES**（过敏）		**ASTHMA**（喘息）	
SHOULDER PAIN（肩痛）		**OVERWEIGHT**（肥满）		**DIZZINESS**（晕）		**RINGING EARS**（耳鳴）	
CHEST PAIN（胸痛）		**DRINKING OR DRUGS**(麻薬中毒)		**ANXIETY/ NERVOUSNESS**（不安）/（緊張）		**DIARRHEA**（下痢）	
HAND/WRIST PAIN（手／腕痛）		**CANCER OR TUMOR**（癌,腫瘍）		**PARALYSIS**（麻痺）		**CONSTIPATION**（便秘）	
BACKACHES（腰痛）		**BLEED OR BRUISE EASILY**（出血）		**DIABETES**（糖尿病）		**KIDNEY DISEASE**（腎臓病）	
KNEE PAIN（膝痛）		**HIGH BLOOD PRESSURE**（高血压）		**HEART TROUBLE**（心臓病）		**HEPATITIS**（肝炎）	
LEG PAIN/ FOOT/ANKLE PAIN（脚痛）／（足／足首痛）		**ABDOMINAL PAIN OR CRAMPS**（腹痛）		**MUSCLE CRAMPS**（筋肉抽筋）		**OTHER:**	

CURRENT PROBLEM (目前主诉)

1. ____

2. ____

3. ____

Surgery/Accident:____

____

For office record only:

Blood Pressure	
Weight	
M/D/Y	
Type / Current	

____

____