

高雄醫學大學附設中和紀念醫院門診自我健康評估表

名姓：_____ 病歷號：_____ 性別：男、女 年歲：_____歲

血型：A B AB O，身高：_____公分，體重：_____公斤

婚姻狀況：結婚 無結婚 鰥寡 分居 離婚 其他_____

職業：軍公教 農 工 商 學生 自由業 服務業 無 其他_____

教育程度：小學或以下 國/初中 高中(職) 大學 研究所 其他_____

宗教信仰：佛教 道教 基督教 天主教 其他_____

居住情形，kap 厝 ê 人作伙 toà 獨居 kap 親成朋友 toà

慣用語：客語 原住民語 台語 華語 英語 其他_____

主要照顧：家己 父 母 孝生 查某囡 親成朋友

日常生活習慣：

Pok 薰習慣：完全無 pok 薰 以前有 pok 薰(每工__ki)，攞總 pok__年，毋過改薰__年

目前 iáu teh pok 薰，每工 pok 薰__支，已經 pok 薰__年

Lim 酒習慣：無 lim 酒 三不五時 lim 定定 lim, 逐工 lim 每禮拜 3~5pái 每禮拜 2~1 pái

大部分 lim 啥物酒？_____ 一擺 lim 佻濟？_____

Pō 檳榔習慣：無 目前 koh pō，一工 pō__粒？攞總 pō__年 以前有 pō，pō__年，目前無

閣 pō ah

最近 3 個月旅遊史：無 有，bat 去過 1 中國大陸 2 越南 3 泰國 4 印尼 5 其他_____

個人健康資料：請 lín chim-chiok 老實回答以下 ê 問題，多謝。

高血壓	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
心臟病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
血濁(血脂肪傷高)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
糖尿病/病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
腦中風	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
腰子病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
肝病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
He-ku 喘(氣喘)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
關節炎	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
肺癆(肺結核)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
甲臟腺疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
失眠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
癌症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中
其他疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無清楚	有_____年治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 目前食藥中

Bat 有藥物過敏無？無 有，啥物藥仔？_____

Bat 有食物過敏無？無 有，啥物？_____

家族史：無特殊狀況 有(像癌症、糖尿病、高血壓、氣喘)，啥物_____

請你簽名：_____ (若是代替人填寫請註明 lín ê 關係)

填寫日期：_____年_____月_____日

本紀錄 mā 是正式病歷紀錄 ê 一部分，請確實填寫，有問題請問服務人員