

# 頌華中醫診所

病歷號碼

初診日期

年 月 日

姓名 \_\_\_\_\_ 先生 / 小姐

生日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身份證字號 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

電子信箱 \_\_\_\_\_

電話 公司 ( )- \_\_\_\_\_

緊急聯絡人 姓名: \_\_\_\_\_

住宅 ( )- \_\_\_\_\_

關係: \_\_\_\_\_

手機 \_\_\_\_\_

手機: \_\_\_\_\_

一 求診病名: 異位性皮膚炎、濕疹、乾癬、青春痘、其他: \_\_\_\_\_

距今第一次發病 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 最近一次發病是 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 個月前。

二  曾經 /  現在 /  無 在別的醫療院所治療以上所敘述的症狀。

醫療院所: \_\_\_\_\_

三 前來求診:  轉介醫師 \_\_\_\_\_  介紹人: \_\_\_\_\_  網路: \_\_\_\_\_  路過四 我有:  鼻炎  氣喘  失眠  疲勞  關節疼痛  糖尿病  高血壓  其他: \_\_\_\_\_五 我對以下外用過敏:  酒精  化妝品 特定  食物  藥物 過敏: \_\_\_\_\_六 慢性、重大疾病? 手術?  無  有 \_\_\_\_\_七 家中有寵物嗎?  無  有 \_\_\_\_\_八 家族有其他人過敏嗎?  無  有 \_\_\_\_\_九 [女性病患] 請問現在有懷孕嗎?  無  有十  曾經 /  現在 /  無 使用以下西藥.  類固醇  免疫抑制劑  抗組織胺 Elidel(醫立妥)  Protopic(普特皮)  MTX  其它: \_\_\_\_\_

	西藥名稱	幾年前開始 使用此西藥?	使用時間長達	每日次數	最後一次使用 是多久之前?
外用 / 內服				1 · 2 · 3	
外用 / 內服				1 · 2 · 3	
外用 / 內服				1 · 2 · 3	