

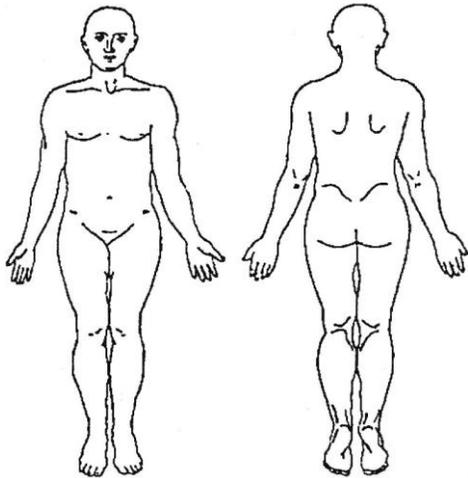
疼痛相關問卷

日期:

姓名: _____ 年齡: _____
你的家庭醫生: _____
家庭醫生電話: _____
你的轉診醫生: _____
轉診醫生電話: _____

怎麼知道我們的: 醫生() . 朋友() . 报纸() .
电视() . 广播() . 其他() _____
第一次疼痛發生的時間: _____
有無受傷或其他原因: _____

請在圖中標出疼痛的部位 (xxxxx)



妳的疼痛的性質(可選多項)

- 銳痛
- 鈍痛
- 刺痛
- 麻木感
- 疼痛放射至肢體
- 疼痛部位發熱
- 疼痛部位發冷
- 晝夜持續疼痛
- 疼痛部位變色
- 疼痛部位非常敏感

疼痛強度: 輕度() 中度() 重度() 嚴重() 劇烈()

疼痛對你的影響: 影響你活動() . 影響你的睡眠() . 影響你的生活和自理()

你是否為緩解疼痛在其他專科醫生處求診?

針灸科() 脊椎科() 神經科() 物理理療科() 麻醉痛症科() 骨科() 其他:

請列出你正在服用的鎮痛相關藥物:

你是否患有或曾經患有以下疾病或症狀:

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 胃病反酸 | <input type="checkbox"/> 頭暈(昏厥) |
| <input type="checkbox"/> 心絞痛 | <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 | <input type="checkbox"/> 出血疾病 |
| <input type="checkbox"/> 心肌梗塞 | <input type="checkbox"/> 消化道出血 | <input type="checkbox"/> 關節炎 |
| <input type="checkbox"/> 心脏雜音 | <input type="checkbox"/> 腎衰 | <input type="checkbox"/> 肝炎或黃疸 |
| <input type="checkbox"/> 腳水腫 | <input type="checkbox"/> 小便困難 | <input type="checkbox"/> 癌症或腫瘤 |
| <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 偏頭疼 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 吸煙 | <input type="checkbox"/> 癲癇(抽風) | <input type="checkbox"/> 其他疾病 |

做過什麼手術:

有無過敏史:

生活狀況: 與家人居住(); 在工作(); 飲酒(); 吸烟()____ (年) ____ (包/天)

請確認以上內容後簽名

簽名:

日期: