

健康史

閣下是否曾經接受大腸鏡檢查？  是  否 大腸鏡檢查日期： \_\_\_\_\_  
誰提供大腸鏡檢查？ \_\_\_\_\_  
閣下是否接受過大腸癌篩查？  是  否 大腸癌篩查日期： \_\_\_\_\_  
閣下是否接受過乳房X光造影檢查？  是  否 乳房X光造影檢查日期： \_\_\_\_\_  
閣下是否容易瘀傷？  是  否  
閣下是否有癌症病史？  是  否 癌症類型： \_\_\_\_\_  
閣下是否正在接受癌症治療？  是  否

眼睛

閣下在過往一年內是否看過眼科醫生或視光師？  是  否  
最近眼科醫生或視光師診症日期： \_\_\_\_\_  
眼科醫生或視光師姓名： \_\_\_\_\_  
視力是否有問題？  是  否

肺部

閣下是否有哮喘？  是  否  
閣下是否每日或幾乎每日早上都會咳嗽？  是  否  
閣下經歷了多少年有慢性咳嗽及 / 或有痰？ \_\_\_\_\_ 年  
閣下是否有點呼吸困難？  是  否

吸煙

閣下是否曾吸煙？  是  否  
閣下每日或現時吸多少包煙？ \_\_\_\_\_ 包  
閣下幾歲開始吸煙？ \_\_\_\_\_  
閣下吸煙多少年？ \_\_\_\_\_ 年  
閣下是否戒煙？  是  否  
閣下幾歲開始戒煙？ \_\_\_\_\_  
閣下是否有吸無煙煙草的歷史？  是  否  
閣下吸無煙煙草多少年？ \_\_\_\_\_ 年

心血管

閣下是否有心律不整？  是  否  
閣下在晚上或躺臥時是否呼吸困難？  是  否  
閣下是否運動耐受力缺乏？  是  否  
閣下是否感到胸部不適、疼痛、壓力或鬱悶？  是  否  
閣下的腿部是否腫脹？  是  否  
閣下是否有心臟病發史？  是  否 如是，請問哪年？ \_\_\_\_\_  
閣下是否接受過冠狀動脈搭橋手術？  是  否 如是，請問哪年？ \_\_\_\_\_  
閣下是否有植入冠狀動脈支架？  是  否 如是，請問哪年植入？ \_\_\_\_\_  
閣下現在是否有心臟起搏器？  是  否  
閣下是否有植入除顫器嗎？  是  否 如是，請問哪年植入？ \_\_\_\_\_  
閣下走路時小腿肌肉痠痛，  
但會隨著休息而舒緩嗎？  是  否  
閣下的腿部是否有植入血管支架？  是  否 如是，請問哪年植入？ \_\_\_\_\_  
如是，請問哪腿植入？  左  右



**膀胱功能**

- 在過去的六個月，閣下是否經歷過漏尿？  是  否
- 如是，漏尿如何影響閣下的日常活動  
或睡眠？  尤甚  有點  沒有
- 閣下是否曾與醫療服務供應商討論過漏尿問題？  是  否
- 閣下是否曾與醫療服務供應商討論過控制漏尿的方法？  是  否

**胃腸道**

- 閣下最近是否有直腸出血或血便？  是  否
- 閣下最近是否有潰瘍性結腸炎及 / 或克隆氏症的病史？  是  否
- 閣下最近是否有任何腹痛？  是  否
- 閣下最近是否有任何排便的變化？  是  否
- 閣下是否曾接受慢性肝炎的治療？  是  否
- 閣下是否有肝硬化的病史？  是  否

**跌倒風險**

- 閣下在過去的一年是否曾跌倒兩次或以上？  是  否
- 閣下在過去的一年是否有平衡或行走問題？  是  否

**酒精和藥物使用**

- 閣下是否經常服藥入睡？  是  否
- 閣下是否經常飲酒？  是  否
- 閣下每週飲多少酒？請提供酒量數字： \_\_\_\_\_
- 閣下是否有藥物或酒精倚賴史？  是  否

患者 / 法律授權代表簽署： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_ 時間： \_\_\_\_\_

如非患者簽署，請列明關係： \_\_\_\_\_

正楷姓名（法律授權代表）： \_\_\_\_\_

**FOR STAFF USE ONLY:****DEPRESSION SCREENING**

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by little interest or pleasure in doing things?  
Not at all (0)      Several Days (1)      More than half the days (2)      Nearly every day (3)

Over the last 2 weeks, how often have you been feeling down, depressed or hopeless?  
Not at all (0)      Several Days (1)      More than half the days (2)      Nearly every day (3)

PHQ-2 Score \_\_\_\_\_ If score is above 3, have patient complete PHQ-9 and notify provider.

**COGNITIVE IMPAIRMENT SCREEN**

Have you noticed any memory loss that interferes with daily activities?  Yes  No

**MINI-COG**

Mini-Cog Score: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_