

戒會個人健康檢查問卷紀錄表

法名：_____

一、您有沒有法定傳染病（例如：瘧疾，肺結核，B型肝炎…）

是：請說明：_____

否

二、您有沒有對任何藥物過敏：

是：請說明：_____

否

三、您有沒有對任何食物過敏：

是：那些食物：_____

否

四、個人疾病史：

- | | | | | |
|---|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 腎臟病 | <input type="checkbox"/> 高膽固醇 | <input type="checkbox"/> 心血管疾病 | <input type="checkbox"/> 氣喘 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 肺病 | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> 消化性潰瘍 | <input type="checkbox"/> 甲狀腺機能亢進 |
| <input type="checkbox"/> 牙周病 | <input type="checkbox"/> 痛風 | <input type="checkbox"/> 脊椎側彎 | <input type="checkbox"/> 心律不整 | <input type="checkbox"/> 慢性鼻炎 |
| <input type="checkbox"/> 過敏性鼻炎 | <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 癲癇 | <input type="checkbox"/> 常腰酸背痛 | <input type="checkbox"/> 癌症_____ |
| <input type="checkbox"/> 車禍意外，有無後遺症？_____ | | <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |

上列疾病中：已痊癒

正接受治療

未痊癒，但目前不需治療

因上述疾病，須特別注意事項：_____

五、你曾看過精神科門診嗎？

沒有

有 1、你的症狀是什麼？_____

2、醫生給你的診斷？_____

3、你接受什麼治療？

藥物：_____ 其他：_____

4、你的現況？_____

六、現是否有服用藥物？

沒有

有_____

我_____（請簽名）願意為自己身心上的任何不適當負全責。並承認個人健康狀況表上填寫的資料都是真實的；如有不實願負一切責任。

填表人：_____（請簽名） 填表日期：_____年_____月_____日