



病歷表 (請用英文填寫)

姓名: \_\_\_\_\_ 性別: 男 / 女

出生日期(月/日/年): \_\_\_\_\_ 社會安全號碼: \_\_\_\_\_

家庭地址: \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵政編碼 \_\_\_\_\_

電話號碼(家) \_\_\_\_\_ (手機) \_\_\_\_\_

電子信箱 \_\_\_\_\_

推薦您到我們這裡做檢查的醫生姓名: \_\_\_\_\_

您有哪些病癥需要到本中心檢查: \_\_\_\_\_

您何時發生第一次癥狀: \_\_\_\_\_

您曾經受過傷嗎? 是 / 否?

如果是, 請寫出何時及如何發生: \_\_\_\_\_

**病史 (請圈選)**

糖尿病/Diabetes: 是/否      青光眼/Glaucoma: 是/否

肝病/Liver Disease: 是/否      鐮刀形貧血病/Sickle Cell: 是/否

高血壓/Hypertension: 是/否      腎病/Kidney Disease: 是/否

肝炎/Hepatitis: 是/否      艾滋陽性反應/HIV Positive: 是/否

心臟病/Heart Disease: 是/否      中風/Stroke: 是/否

癲癇/Seizures: 是/否      哮喘/Asthma: 是/否

如果以上都不是, 請在此寫下您的疾病名稱: \_\_\_\_\_

癌癥病史? 是 / 否

如果是, 用何種方式治療: \_\_\_\_\_

有任何過敏嗎? 是 / 否

如果有, 請列出您所有的過敏: \_\_\_\_\_

有靜脈注射過敏/碘過敏嗎? 是 / 否

如果是, 請解釋何種反應: \_\_\_\_\_

您現在服用藥物嗎? 是 / 否

如果是, 請列出藥物的名稱: \_\_\_\_\_

**配合今天的檢查，您曾經做過下列何種檢查？**

電腦斷層掃描(CT) 是 / 否 核磁共振 是 / 否

X光 是 / 否 超音波 是 / 否

如果是，何時？ \_\_\_\_\_

何地？ \_\_\_\_\_

結果如何？ \_\_\_\_\_

動過手術嗎？ 是 / 否

如果動過手術，請寫出何時，何種手術？ \_\_\_\_\_

**女性病人請填寫下列信息：**

上一次月經開始的日期： \_\_\_\_\_

現在有可能懷孕嗎？ 是 / 否

一共懷孕幾次？ \_\_\_\_\_

有過流產嗎？ 是 / 否 如果是，幾次？ \_\_\_\_\_

輸卵管結紮嗎？ 是 / 否

子宮切除術？ 是 / 否

卵巢切除術？ 是 / 否 如果是，哪一側？ \_\_\_\_\_

有子宮避孕環嗎？ 是 / 否

口服避孕藥嗎？ 是 / 否

**使用醫療保險的人請填寫下列信息：**

使用何種醫療保險： \_\_\_\_\_

保險主保人的姓名： \_\_\_\_\_

保險主保人的生日： \_\_\_\_\_

保險主保人的社會安全號碼： \_\_\_\_\_

保險主保人與病人的關係： \_\_\_\_\_

\*我們將使用上述信息與您的保險公司聯繫

肤色： 亞裔 \_\_\_ 非裔 \_\_\_ 白裔 \_\_\_ 太平洋原住民 \_\_\_ 印第安原住民 \_\_\_ 其他 \_\_\_

族裔： 西語裔 \_\_\_\_\_ 非西語裔 \_\_\_\_\_

語言： \_\_\_\_\_



## 病人記錄的公開

HIPAA 隱私規則保護病人的醫療記錄，病人有權決定怎樣使用，與是否向他人公開受到保護的個人健康信息。

### 百利醫學影像診斷中心將自動將您的檢查結果傳真給您的推薦醫生

除了您自己和您的醫生以外，您還允許誰可以獲得您的檢查結果報告？

請寫出這個人的名字：\_\_\_\_\_與您的關係：\_\_\_\_\_

(\*通過您的授權，此人可以在我們這裡獲得您的檢查報告)

\_\_\_(請在此打勾) 如果除了您的醫生和您以外，您**不**允許任何其他人獲得您的檢查結果報告。

請提供在緊急情況下，我們可以聯繫的，能幫助您的人的信息：

姓名：\_\_\_\_\_ 聯繫電話：\_\_\_\_\_

我確定上述信息正確無誤

\_\_\_\_\_  
病人的簽名

\_\_\_\_\_  
日期