## 初诊的患者:请填写

12 19	0								00			50
拼音								病历号				
姓名		ا ا	性	别	(男	•3	女)	出生日期	(公元)	年	月	В
邮政编码			\$ <u>_</u> \$			,						
地址												
电话号码	1		€ <del>-</del> 3				<b>10</b>					
★ 今天什么地方不舒服?  ・健康诊断的问题 ( )  ★是否有下列病史或者正在就诊中? (有↓・没有) □支气管哮喘 □食物过敏症 □容易发疹・荨麻疹 □糖尿病(血糖值高) □高血压 □中性脂肪・胆固醇高 □心脏病・心律不齐 □中风(脑梗塞・脑出血) □胃溃疡/十二指肠溃疡・胃炎□青光眼(緑内障・眼压高) □白内障 □抗痉挛或者痉挛(小儿) □其他(⇒ )  ★是否有服用中的药? (□是 ⇒ 什么药?↓ □否)												
☆是否有过过	过敏药物?	否•	是	(什么	公药?						)	
<b>◆您的家族病史</b> : <b>是否有过过敏患者?</b> 否•是•不知道 <b>是否有过支气管哮喘或者痉挛?</b> 否•是•不知道												
<b>☆女士〉现在是否妊娠(怀孕)?</b> (□否 □有可能 □是: <u>(第 星期)</u> ) <b>☆女士〉现在是否哺乳(喂奶)?</b> (□否 □是)												

☆小孩〉体重? Kg