新患者必须在其首次就诊前一星期之前提交完整填写的本表格

电子邮箱：[OsherNP@ucsf.edu](mailto:OsherNP@ucsf.edu) | 传真：(415) 353-7358 | 电话：(415) 353-7700。

姓名：

出生日期：

第一部分：整合保健咨询

您此次就诊的主要目标是什么？

请描述您之前的 Integrative Health（整合保健）经历：

A. 治疗团队

初级保健提供者（PCP） 首选实验室：🞏UCSF 🞏 LabCorp 🞏 Quest

请列出您的护理团队的所有成员：

整合临床服务和小组医疗就诊

Osher Center（Osher 中心）临床医师是接受过生物医学和补充医学培训之人。如要了解我们的医生和治疗的更多信息，访问：<https://osher.ucsf.edu/patient-care/clinical-specialties>

**B. 基本做法：滋养、运动、休息、反思**

您是否在使用任何具体的饮食或禁食？ 🞏是 🞏 否 *若选是，请描述：*

您是否对您的营养有担心？ 🞏是 🞏 否 *若选是，请描述：*

您是否在感觉心烦意乱、担心或难过时改变您的饮食习惯？🞏是 🞏 否

您是否在被催促时吃东西？🞏是 🞏 否

**请描述您的典型饮食**：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 时间 |  | | |
| 早餐 |  |  | | |
| 午餐 |  |  | | |
| 晚餐 |  |  | | |
| 零食 |  |  | | |
| **您通常每天饮用约多少杯以下液体？** | | | | |
| 水 | | 果汁/其他  *说明类型* | 咖啡因饮料  *说明类型（咖啡、茶等）* | 苏打饮料  *说明类型（无糖、普通）* |
|  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **请描述您的身体活动、锻炼或运动，以及每周花的时间：** | | | | |
| 消耗不大的活动  *（例如走路、伸展）* | 适中的有氧运动  *（即会流一点儿汗）* | 剧烈的有氧运动/高强度  *（即流汗、心率加快）* | 增强力量的锻炼*（例如瑜伽、重物训练）* | 平衡锻炼 |
|  |  |  |  |  |

请描述您的睡眠模式：

**您是否对心身练习感兴趣**（例如正念、冥想、瑜伽）？🞏是 🞏 否

*若选是，请描述*：

如要了解心身健康课程的更多信息，请访问：<https://osher.ucsf.edu/public-classes>

C. 药物和补充剂：处方药、非处方药、植物

*请在下方列出。如果是更方便的选项，您也可附上一份单独的清单或拍照片。*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 药物、补充剂或草药的名称 |  | 剂量或效力 |  | 您多久服用一次？ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

您是否使用大麻制品或大麻？🞏是 🞏 否 *若选是，请描述其形式/对您的影响：*

D. 心身健康和福祉

**您是否有身体疼痛或情绪痛苦？** 🞏 是 🞏 否 若选是，请回答以下问题：

从0～10中勾选出最能描述您今天有的疼痛程度的数字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 无疼痛 | ○1 | ○2 | ○3 | ○4 | ○5 | ○6 | ○7 | ○8 | ○9 | ○10 | 最剧烈的疼痛 |

哪里有疼痛？这个疼痛的感觉是什么？

什么会使这个疼痛更严重？什么会使这个疼痛好一些？

请列出您为缓解疼痛服用的任何药物或补充剂：

请勾选或列出您为缓解疼痛尝试过的任何治疗方法：

🞏 针灸 🞏 物理治疗 🞏 注射（\*例如增殖疗法、硬膜外、小面积阻断、神经阻断、射频烧灼术），🞏 其他

疼痛对您的日常活动、睡眠或情绪福祉有怎样的影响？

在过去的12个月里，您是否曾受到伤害或威胁？🞏是 🞏 否

在过去这一个月里，您是否曾感觉“郁郁不振”或抑郁？🞏是 🞏 否

您是否有困难在曾喜欢做的事情中找到愉悦感？🞏是 🞏 否

您是否曾感觉非常难过，以至于有伤害您自己的想法？🞏是 🞏 否

**功能状态**

您是否曾有任何做您常做的活动的能力变化？🞏是 🞏 否

您是否在家获得任何特殊帮助？🞏是 🞏 否

您是否曾在过去这一年里跌倒3次或以上？🞏是 🞏 否

您是否有任何困难泡浴或给自己穿衣服？🞏是 🞏 否

您是否曾对排尿或排便失去控制？🞏是 🞏 否

您是否有预先医疗保健指示/生前遗嘱/持久授权书？🞏是 🞏 否

您是否希望了解预先指示的信息？🞏是 🞏 否 🞏 不确定

**物质使用历史***如果对以下任一项的回答为是，请完成额外的问题：*

您是否饮酒？🞏是 🞏 否

*在过去这一个星期里，您曾有几天饮酒？*

*在您曾饮酒的日子里，您有喝多少（啤酒、葡萄酒或烈酒）？*

*您是否对您的酒精饮用有任何担心？* 🞏*是* 🞏 *否*

您是否使用烟草产品？🞏是 🞏 否

*什么形式？* 🞏*香烟* 🞏 *雾化烟* 🞏 *口香糖* 🞏 *贴片。 一天几次？* 🞏

*几年了？ 戒烟日期？ 您每天抽几包香烟？*

您是否曾暴露于二手烟？🞏是 🞏 否

您是否曾注射任何物质？🞏是 🞏 否

您是否曾使用可卡因、兴奋剂、阿片类药物或其他物质？🞏是 🞏 否

*若选是，请具体说明：*

**E. 社交和文化历史**

您的就业状况是什么？🞏全职 🞏 兼职 🞏 无业 🞏 退休 🞏 其他

您的职业是/曾是什么？

您是否独居？🞏是 🞏 否 *若选否，您与谁住在一起？*

关系状态：🞏单身 🞏 已婚 🞏 离异 🞏 丧偶 🞏 有伴侣 🞏 不愿回答

您的生活中的主要压力源是什么？

什么帮助您应对压力？

请描述您的兴趣和爱好：

请描述您的支持系统（例如家人、朋友、社区、小组、宠物）：

您是否有任何希望与我们分享的文化、宗教习俗或精神信仰？

请分享您和/或您的家人/照顾者以哪种方式学习效果最好（例如书面、视觉、音频等）？

**F. 系统审查**

**请勾选您是否曾在过去3～6个月内有以下任意经历：**

|  |  |
| --- | --- |
| * 腹痛 * 过敏症状 * 食欲有变 * 深色或血样便 * 乳房疼痛、肿块或肿胀 * 呼吸问题 * 很容易或频繁瘀青或出血 * 总体健康有变化 * 胸痛 * 慢性咳嗽 * 慢性鼻窦问题或流鼻涕 * 神志不清、抽搐、癫痫发作或昏厥 * 便秘 * 咳血 * 腹泻 * 晕眩或头晕 * 压力过大 * 过度口渴或排尿过多 * 眼睛：疼痛、刺激、发红或有分泌物 * 疲劳 * 发烧、发冷或冒汗 * 头发或指甲变化 * 头痛 * 听力有变或耳鸣 | * 胃灼热 * 不耐热或不耐冷 * 关节或肌肉僵硬 * 感染（反复或可能的） * 记忆或注意力变化 * 恶心或呕吐 * 紧张或焦虑 * 麻木或刺痛 * 颈部或背部疼痛 * 心悸 * 难过或抑郁 * 气短 * 睡眠困难 * 喉咙痛 * 特别的讯息、异象或声音 * 吞咽困难 * 脚部、脚踝、手部肿胀 * 有毒物质暴露（例如霉菌、农药） * 不寻常的皮疹或皮肤问题 * 视力变化 * 声音变化 * 行走困难 * 虚弱或瘫痪 * 体重变化 |

**您是否还有其他希望讨论或想让我们的团队知道的事情？**

第二部分：如果您的 MyChart/CareEverywhere 记录信息不是最新的，请回答以下问题：

**过去的医疗历史**。请**勾选**是或否说明您曾有过的任何疾病：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 贫血 | □是 | □否 |  | 肝炎 | □是 | □否 |
| 关节炎 | □是 | □否 | 高血压 | □是 | □否 |
| 哮喘、支气管炎或肺气肿 | □是 | □否 | 免疫疾病 | □是 | □否 |
| 出血或瘀青 | □是 | □否 | 肠道疾病 | □是 | □否 |
| 血液疾病 | □是 | □否 | 肾脏疾病 | □是 | □否 |
| 癌症（类型）： | □是 | □否 | 肝脏疾病 | □是 | □否 |
| 抑郁或焦虑 | □是 | □否 | 肺部疾病 | □是 | □否 |
| 糖尿病 | □是 | □否 | 皮肤疾病 | □是 | □否 |
| 癫痫或癫痫发作 | □是 | □否 | 中风 | □是 | □否 |
| 花粉症或鼻窦疾病 | □是 | □否 | 胃溃疡 | □是 | □否 |
| 心脏疾病 | □是 | □否 | 甲状腺疾病 | □是 | □否 |

\*如果有未列出的疾病，请描述：

**您是否曾住院？**🞏是 🞏 否 *若选是，请列出日期和原因：*

**您是否曾接受过任何手术？**🞏是 🞏 否 若选是，请列出手术的日期和类型：

**您是否有任何过敏？** 🞏是 🞏 否 若选是，请在下方列出：

|  |  |
| --- | --- |
| **过敏原：***药物、环境、物质* | **反应** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**请回答任何对您适用的问题：**

|  |  |
| --- | --- |
| **性健康** | *附加信息* |
| 您是否对您的性健康有任何担心？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否与女性有过性交？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否与男性有过性交？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否与非二元伴侣有过性交？🞏是 🞏 否 |  |
| 您和您的性伴侣是否遵从安全性行为？🞏是 🞏 否 🞏 不确定 |  |
| 您是否曾有性传播疾病？🞏是 🞏 否 🞏 不确定 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **女性健康** | *附加信息* |
| 您是否有以下任意问题？*若为是，请勾选*  🞏 尿频、尿急、夜尿  🞏 无法控制膀胱、失禁或排尿疼痛  🞏 尿液中有血  🞏 反复尿路感染或阴道分泌物  🞏 阴道疼痛、瘙痒、刺激或阴道干燥  🞏 潮热  🞏 性欲有变  🞏 两次经期之间或绝经后出血 |  |
| 您是否曾接受乳房摄影术检查？🞏是 🞏 否  *若选是，说明日期、结果和接受检查的地点：* |  |
| 您是否曾有异常的乳房摄影术检查结果？🞏是 🞏 否  *若选是，说明日期、结果和治疗：* |  |
| 您是否定期进行乳房自我检查？🞏是 🞏 否 |  |
| 您上一次接受巴氏涂片是什么时候？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否曾有过异常的巴氏涂片？🞏是 🞏 否  *若选是，说明日期、结果、治疗* |  |
| 您多大时有第一次经期？年龄 |  |
| 您是否依然有月经？🞏是 🞏 否 |  |
| *如果您依然有月经，您上一次的月经在哪一天开始？ / /* |  |
| *您的月经是否规律？*🞏是 🞏 否 |  |
| *您是否有月经疼痛？* 🞏是 🞏 否 |  |
| *两次经期之间相隔几天？ 天* |  |
| *您的经期持续多久？ 天* |  |
| *您会如何描述您的经期？* |  |
| 您是否曾接受激素替代疗法？🞏是 🞏 否  *若选是，说明日期和类型：* |  |
| 您是否曾怀孕？🞏是 🞏 否  *写下怀孕、分娩、流产、堕胎的总次数：*  *您是否有过怀孕并发症？*🞏是 🞏 否 |  |
| 您目前是否在使用任何形式的生育控制？ 🞏 是 🞏 否 |  |
|  | |
| **男性健康** | *附加信息* |
| 您是否曾有过以下问题。*若为是，请勾选：*  🞏 睾丸疼痛  🞏 阳痿/性功能有变  🞏 前列腺问题  🞏 有困难开始尿流频率  🞏 夜间频繁排尿  🞏 无法控制膀胱、滴尿或排尿疼痛  🞏 尿液中有血  🞏 反复尿路感染 |  |
| 您是否定期进行睾丸自我检查？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否曾接受过 PSA 血液检查？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否曾接受过前列腺癌筛查？🞏是 🞏 否  *是直肠指检吗？*🞏是 🞏 否 |  |