新患者必須在其首次就診前一星期之前提交完整填寫的本表格

電子郵箱：[OsherNP@ucsf.edu](mailto:OsherNP@ucsf.edu) | 傳真：(415) 353-7358 | 電話：(415) 353-7700。

姓名：

出生日期：

第一部分：整合保健諮詢

您此次就診的主要目標是什麼？

請描述您之前的 Integrative Health（整合保健）經歷：

A. 治療團隊

初級保健提供者（PCP） 首選實驗室：🞏UCSF 🞏 LabCorp 🞏 Quest

請列出您的護理團隊的所有成員：

整合臨床服務和小組醫療就診

Osher Center（Osher 中心）臨床醫師是接受過生物醫學和補充醫學培訓之人。如要瞭解我們的醫生和治療的更多資訊，訪問：<https://osher.ucsf.edu/patient-care/clinical-specialties>

**B. 基本做法：滋養、運動、休息、反思**

您是否在使用任何具體的飲食或禁食？ 🞏是 🞏 否 *若選是，請描述：*

您是否對您的營養有擔心？ 🞏是 🞏 否 *若選是，請描述：*

您是否在感覺心煩意亂、擔心或難過時改變您的飲食習慣？🞏是 🞏 否

您是否在被催促時吃東西？🞏是 🞏 否

**請描述您的典型飲食**：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 時間 |  | | |
| 早餐 |  |  | | |
| 午餐 |  |  | | |
| 晚餐 |  |  | | |
| 零食 |  |  | | |
| **您通常每天飲用約多少杯以下液體？** | | | | |
| 水 | | 果汁/其他  *說明類型* | 咖啡因飲料  *說明類型（咖啡、茶等）* | 蘇打飲料  *說明類型（無糖、普通）* |
|  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **請描述您的身體活動、鍛煉或運動，以及每週花的時間：** | | | | |
| 消耗不大的活動  *（例如走路、伸展）* | 適中的有氧運動  *（即會流一點兒汗）* | 劇烈的有氧運動/高強度  *（即流汗、心率加快）* | 增強力量的鍛煉*（例如瑜伽、重物訓練）* | 平衡鍛煉 |
|  |  |  |  |  |

請描述您的睡眠模式：

**您是否對心身練習感興趣**（例如正念、冥想、瑜伽）？🞏是 🞏 否

*若選是，請描述*：

如要瞭解心身健康課程的更多資訊，請訪問：<https://osher.ucsf.edu/public-classes>

C. 藥物和補充劑：處方藥、非處方藥、植物

*請在下方列出。如果是更方便的選項，您也可附上一份單獨的清單或拍照片。*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 藥物、補充劑或草藥的名稱 |  | 劑量或效力 |  | 您多久服用一次？ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

您是否使用大麻製品或大麻？🞏是 🞏 否 *若選是，請描述其形式/對您的影響：*

D. 心身健康和福祉

**您是否有身體疼痛或情緒痛苦？** 🞏 是 🞏 否 若選是，請回答以下問題：

從0～10中勾選出最能描述您今天有的疼痛程度的數字：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 無疼痛 | ○1 | ○2 | ○3 | ○4 | ○5 | ○6 | ○7 | ○8 | ○9 | ○10 | 最劇烈的疼痛 |

哪裡有疼痛？這個疼痛的感覺是什麼？

什麼會使這個疼痛更嚴重？什麼會使這個疼痛好一些？

請列出您為緩解疼痛服用的任何藥物或補充劑：

請勾選或列出您為緩解疼痛嘗試過的任何治療方法：

🞏 針灸 🞏 物理治療 🞏 注射（\*例如增殖療法、硬膜外、小面積阻斷、神經阻斷、射頻燒灼術），🞏 其他

疼痛對您的日常活動、睡眠或情緒福祉有怎樣的影響？

在過去的12個月裡，您是否曾受到傷害或威脅？🞏是 🞏 否

在過去這一個月裡，您是否曾感覺「鬱鬱不振」或抑鬱？🞏是 🞏 否

您是否有困難在曾喜歡做的事情中找到愉悅感？🞏是 🞏 否

您是否曾感覺非常難過，以至於有傷害您自己的想法？🞏是 🞏 否

**功能狀態**

您是否曾有任何做您常做的活動的能力變化？🞏是 🞏 否

您是否在家獲得任何特殊幫助？🞏是 🞏 否

您是否曾在過去這一年裡跌倒3次或以上？🞏是 🞏 否

您是否有任何困難泡浴或給自己穿衣服？🞏是 🞏 否

您是否曾對排尿或排便失去控制？🞏是 🞏 否

您是否有預先醫療保健指示/生前遺囑/持久授權書？🞏是 🞏 否

您是否希望瞭解預先指示的資訊？🞏是 🞏 否 🞏 不確定

**物質使用歷史** *如果對以下任一項的回答為是，請完成額外的問題：*

您是否飲酒？🞏是 🞏 否

*在過去這一個星期裡，您曾有幾天飲酒？*

*在您曾飲酒的日子裡，您有喝多少（啤酒、葡萄酒或烈酒）？*

*您是否對您的酒精飲用有任何擔心？* 🞏*是* 🞏 *否*

您是否使用煙草產品？🞏是 🞏 否

*什麼形式？* 🞏*香煙* 🞏 *霧化煙* 🞏 *口香糖* 🞏 *貼片。 一天幾次？* 🞏

*幾年了？ 戒煙日期？ 您每天抽幾包香煙？*

您是否曾暴露於二手煙？🞏是 🞏 否

您是否曾注射任何物質？🞏是 🞏 否

您是否曾使用可卡因、興奮劑、阿片類藥物或其他物質？🞏是 🞏 否

*若選是，請具體說明：*

**E. 社交和文化歷史**

您的就業狀況是什麼？🞏全職 🞏 兼職 🞏 無業 🞏 退休 🞏 其他

您的職業是/曾是什麼？

您是否獨居？🞏是 🞏 否 *若選否，您與誰住在一起？*

關係狀態：🞏單身 🞏 已婚 🞏 離異 🞏 喪偶 🞏 有伴侶 🞏 不願回答

您的生活中的主要壓力源是什麼？

什麼幫助您應對壓力？

請描述您的興趣和愛好：

請描述您的支持系統（例如家人、朋友、社區、小組、寵物）：

您是否有任何希望與我們分享的文化、宗教習俗或精神信仰？

請分享您和/或您的家人/照顧者以哪種方式學習效果最好（例如書面、視覺、音頻等）？

**F. 系統審查**

**請勾選您是否曾在過去3～6個月內有以下任意經歷：**

|  |  |
| --- | --- |
| * 腹痛 * 過敏症狀 * 食欲有變 * 深色或血樣便 * 乳房疼痛、腫塊或腫脹 * 呼吸問題 * 很容易或頻繁瘀青或出血 * 總體健康有變化 * 胸痛 * 慢性咳嗽 * 慢性鼻竇問題或流鼻涕 * 神志不清、抽搐、癲癇發作或昏厥 * 便秘 * 咳血 * 腹瀉 * 暈眩或頭暈 * 壓力過大 * 過度口渴或排尿過多 * 眼睛：疼痛、刺激、發紅或有分泌物 * 疲勞 * 發燒、發冷或冒汗 * 頭髮或指甲變化 * 頭痛 * 聽力有變或耳鳴 | * 胃灼熱 * 不耐熱或不耐冷 * 關節或肌肉僵硬 * 感染（反復或可能的） * 記憶或注意力變化 * 噁心或嘔吐 * 緊張或焦慮 * 麻木或刺痛 * 頸部或背部疼痛 * 心悸 * 難過或抑鬱 * 氣短 * 睡眠困難 * 喉嚨痛 * 特別的訊息、異象或聲音 * 吞咽困難 * 腳部、腳踝、手部腫脹 * 有毒物質暴露（例如黴菌、農藥） * 不尋常的皮疹或皮膚問題 * 視力變化 * 聲音變化 * 行走困難 * 虛弱或癱瘓 * 體重變化 |

**您是否還有其他希望討論或想讓我們的團隊知道的事情？**

第二部分：如果您的 MyChart/CareEverywhere 記錄資訊不是最新的，請回答以下問題：

**過去的醫療歷史**。請**勾選**是或否說明您曾有過的任何疾病：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貧血 | □是 | □否 |  | 肝炎 | □是 | □否 |
| 關節炎 | □是 | □否 | 高血壓 | □是 | □否 |
| 哮喘、支氣管炎或肺氣腫 | □是 | □否 | 免疫疾病 | □是 | □否 |
| 出血或瘀青 | □是 | □否 | 腸道疾病 | □是 | □否 |
| 血液疾病 | □是 | □否 | 腎臟疾病 | □是 | □否 |
| 癌症（類型）： | □是 | □否 | 肝臟疾病 | □是 | □否 |
| 抑鬱或焦慮 | □是 | □否 | 肺部疾病 | □是 | □否 |
| 糖尿病 | □是 | □否 | 皮膚疾病 | □是 | □否 |
| 癲癇或癲癇發作 | □是 | □否 | 中風 | □是 | □否 |
| 花粉症或鼻竇疾病 | □是 | □否 | 胃潰瘍 | □是 | □否 |
| 心臟疾病 | □是 | □否 | 甲狀腺疾病 | □是 | □否 |

\*如果有未列出的疾病，請描述：

**您是否曾住院？**🞏是 🞏 否 *若選是，請列出日期和原因：*

**您是否曾接受過任何手術？**🞏是 🞏 否 若選是，請列出手術的日期和類型：

**您是否有任何過敏？** 🞏是 🞏 否 若選是，請在下方列出：

|  |  |
| --- | --- |
| **過敏原：***藥物、環境、物質* | **反應** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**請回答任何對您適用的問題：**

|  |  |
| --- | --- |
| **性健康** | *附加資訊* |
| 您是否對您的性健康有任何擔心？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否與女性有過性交？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否與男性有過性交？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否與非二元伴侶有過性交？🞏是 🞏 否 |  |
| 您和您的性伴侶是否遵從安全性行為？🞏是 🞏 否 🞏 不確定 |  |
| 您是否曾有性傳播疾病？🞏是 🞏 否 🞏 不確定 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **女性健康** | *附加資訊* |
| 您是否有以下任意問題？*若為是，請勾選*  🞏 尿頻、尿急、夜尿  🞏 無法控制膀胱、失禁或排尿疼痛  🞏 尿液中有血  🞏 反復尿路感染或陰道分泌物  🞏 陰道疼痛、瘙癢、刺激或陰道乾燥  🞏 潮熱  🞏 性欲有變  🞏 兩次經期之間或絕經後出血 |  |
| 您是否曾接受乳房攝影術檢查？🞏是 🞏 否  *若選是，說明日期、結果和接受檢查的地點：* |  |
| 您是否曾有異常的乳房攝影術檢查結果？🞏是 🞏 否  *若選是，說明日期、結果和治療：* |  |
| 您是否定期進行乳房自我檢查？🞏是 🞏 否 |  |
| 您上一次接受巴氏塗片是什麼時候？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否曾有過異常的巴氏塗片？🞏是 🞏 否  *若選是，說明日期、結果、治療* |  |
| 您多大時有第一次經期？年齡 |  |
| 您是否依然有月經？🞏是 🞏 否 |  |
| *如果您依然有月經，您上一次的月經在哪一天開始？ / /* |  |
| *您的月經是否規律？*🞏是 🞏 否 |  |
| *您是否有月經疼痛？* 🞏是 🞏 否 |  |
| *兩次經期之間相隔幾天？ 天* |  |
| *您的經期持續多久？ 天* |  |
| *您會如何描述您的經期？* |  |
| 您是否曾接受激素替代療法？🞏是 🞏 否  *若選是，說明日期和類型：* |  |
| 您是否曾懷孕？🞏是 🞏 否  *寫下懷孕、分娩、流產、墮胎的總次數：*  *您是否有過懷孕併發症？*🞏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** | *附加資訊* |
| 您是否曾有過以下問題。*若為是，請勾選：*  🞏 睾丸疼痛  🞏 陽痿/性功能有變  🞏 前列腺問題  🞏 有困難開始尿流頻率  🞏 夜間頻繁排尿  🞏 無法控制膀胱、滴尿或排尿疼痛  🞏 尿液中有血  🞏 反復尿路感染 |  |
| 您是否定期進行睾丸自我檢查？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否曾接受過 PSA 血液檢查？🞏是 🞏 否 |  |
| 您是否曾接受過前列腺癌篩查？🞏是 🞏 否  *是直腸指檢嗎？*🞏是 🞏 否 |  |