

健康史
 HEALTH HISTORY

姓名 _____ 日期 _____
 姓 名 中间名
 CSU ID 号 _____ 性别 女 ___ 男 ___ 出生日期 _____
 电话号码 _____ 原籍国 _____
 紧急情况联系人:
 姓名 _____ 关系 _____
 家庭电话 _____ (工作电话) _____

过敏症: (根据需要附加其他页面)

药物过敏		其他过敏症	
药物	反应	姓名	反应
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

当前服用的药物: (根据需要附加其他页面)

药物名称	剂量	目的
_____	_____	_____
_____	_____	_____

手术: (根据需要附加其他页面)

类型 _____	年 _____
类型 _____	年 _____

住院: (根据需要附加其他页面)

原因 _____	年 _____
原因 _____	年 _____

病史
 MEDICAL HISTORY

是/Yes	否/No		是/Yes	否/No
		头部和神经学		
		眩晕或昏厥		鼻窦问题
		头痛或偏头痛		牙齿或牙龈问题
		头部受伤或丧失知觉		其他眼睛、耳朵、鼻子、喉咙问题
		癫痫病史		说明: _____
		其他的头部或神经学问题		
		说明: _____		心肺
				哮喘
		眼、耳、鼻、喉		循环系统问题
				频繁或严重呼吸道感染



拔牙后出血
 眼部问题
 说明: _____
 花粉热/季节性过敏
 听力障碍

心脏病或心杂音
 高血压
 呼吸短促或慢性咳嗽
 其他心脏或肺部问题说明:
 说明: _____

是/Yes 否/No

骨骼和关节

关节炎
 背痛
 髋关节、膝关节、踝关节问题
 骨骼或关节损伤
 关节疼痛或肿胀
 肩、肘、腕关节问题
 其他骨骼或关节问题
 说明: _____

慢性疾病

癌症
 糖尿病
 炎症性肠病
 甲状腺问题
 其他慢性疾病
 说明: _____

传染性疾病

水痘
 肝炎（甲型、乙型、丙型）（圈出其一）
 慢性肝炎
 麻疹
 脑膜炎
 单核细胞增多症
 流行性腮腺炎
 风湿热
 风疹
 性传播疾病 (STD)

说明: _____
 结核病
 百日咳
 其他传染性疾病的
 说明: _____

心理健康

焦虑
 躁郁症
 抑郁症

是/Yes 否/No

腹部

痔疮或直肠疾病
 肠易激综合征
 黄疸（黄色皮肤）
 肾脏或膀胱疾病
 肠道疾病其他腹部问题
 其他腹部问题
 说明: _____

其他健康问题

皮肤问题
 不明原因的体重增加或减轻
 其他健康问题
 说明: _____

妇女健康

初次来经年龄____
 月经问题
 说明: _____
 使用避孕措施
 具体: _____
 怀孕次数_____
 活婴数量_____
 其他妇女健康问题
 说明: _____

生活方式

使用酒精
 _____每天____周____月____
 类型: _____
 吸烟/使用烟草
 类型: _____
 频率: _____
 开始年龄: _____
 其他药物使用
 _____每天____周____月____
 类型: _____
 体育活动
 类型: _____



很难集中注意力
进食障碍
情绪变化大
记忆问题
睡眠困难
其他: _____

次数:
_____每天___周___月___
多久_____

身体约束或限制
说明: _____
文化或宗教事宜
说明: _____

家族病史

是/Yes	否/No	关系	是/Yes	否/No	关系
		酗酒			高胆固醇
		关节炎			肾疾病
		哮喘、枯草热、			心理问题
		荨麻疹			胃或肠疾病
		出血性疾病			甲状腺问题
		癌症			结核病
		50 岁前死亡			其他
		糖尿病			_____
		癫痫/痉挛			_____
		心脏疾病			_____
		高血压			_____

附加信息: _____

据我所知，上述信息真实、完整，而且我知道故意虚报可能危及我的健康。我理解，此信息是保密的且受法律保护。

学生签字

日期

