



## 對藥物的過敏或不良反應

是否有任何藥物你服用後會導致你產生問題？

藥物	不再服用藥物的原因

食物過敏或其他過敏：（包括蜂螫過敏）

過敏的食物或物質	過敏反應與治療

## 過往病史：

你的出生的體重：\_\_\_\_\_ 你是早產兒嗎？\_\_\_\_\_ 如果是，早產了幾個星期？\_\_\_\_\_

你母親在懷孕或分娩期間有任何狀況嗎？

你出生時是否需要住院？\_\_\_\_\_ 如果是，住了幾天？\_\_\_\_\_ 或幾個星期？\_\_\_\_\_

你出生時有什麼問題嗎？

---



---



---



---



---

請列出你曾經患過的任何重病，你有過令你失去知覺的任何受傷經歷嗎。

---



---



---



---



---

請列出你的住院經歷和接受過的手術，包括日期和地點。

---



---



---



---



---



**資訊：**

學校：\_\_\_\_\_ 年級：\_\_\_\_\_

你是否有個人教育計劃（IEP）？\_\_\_\_\_ 你是否有 504 計劃？\_\_\_\_\_

學校聯繫人姓名\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

你是否使用職業復康（VR）服務？\_\_\_\_\_ VR 聯繫人\_\_\_\_\_

**最近病史：**

列出任何醫生或其他保健醫師的姓名、地址和電話號碼，他們有你最新醫療記錄。

姓名	專科	地址	電話號碼

**其他資源：**

列出過去兩年中曾參與你的醫療保健工作的任何其他人的姓名、地址和電話號碼（例如物理治療師、藥劑師、醫療器材供應室、病案工作者、學校護士等）。

姓名	專業	地址	電話號碼

**你注射防疫針的日期：（或附上一份防疫注射記錄）**

DPT（三合一疫苗）/ DT （白喉破傷風疫苗）	1.	2.	3.	4.	5.
TD（免疫針）	1.	2.	3.	4.	5.
OPV（小兒麻痺疫苗）	1.	2.	3.	4.	5.
MMR（腮腺炎風疹和麻疹疫苗）	1.	2.			
HIB（B 型流感嗜血桿菌疫苗）	1.	2.	3.	4.	
乙肝疫苗	1.	2.	3.	4.	
水痘疫苗	1.	2.			

家族健康史：你的血親中是否有以下健康狀況：

健康狀況：	關係
貧血	
乳腺癌	
癌症（其他）	
糖尿病	
突發心臟病	
高血壓	
高膽固醇	
痙攣	
鐮狀細胞血症	
中風	
甲狀腺問題	
肺結核	

健康狀況：	關係
注意力缺陷症（ADD）/ 多動症（ADHD）	
酒精中毒	
抑鬱症	
濫用藥物	
學習障礙	
狂鬱症	
自殺	
精神分裂症	
其他健康狀況？	

說明：

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

保險資料：

保險	保單號	電話號碼

你有領取社會安全生活補助金（SSI）嗎？	有	沒有
你有透過 SSI 計劃領取醫療福利嗎？	有	沒有

緊急聯繫人：

姓名	關係	電話號碼
		（工作電話） （家中電話）
		（工作電話） （家中電話）

## 日常活動

	是	否
你是否有視力問題？		
你是否有戴眼鏡，包括隱形眼鏡？		
你是否有耳聾或聽力障礙？		
你是否有使用助聽器？		
你是否有任何說話障礙？		
你是否使用手語？		
英語是否是你最喜歡講的語言？		
如果不是，你講哪種語言？		
你是否能夠行走？		
你是否使用助行器？		
你是否使用輪椅？		

你使用哪些其他輔助工具來完成日常活動？

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

你的日常活動是否受到任何限制？（你能夠開車嗎？你需要電腦來進行溝通嗎？等等）

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

你的成人醫生將會私底下問你一些有關性行為、藥物、酒精、吸煙等方面的問題。