

東區中醫堂

日期_____

姓名_____ 2.手机()_____

地址_____ 邮编_____

QQ号_____ 微信号_____

職業_____ E-mail_____

出生日期(年) ___ / (月) ___ / (日) ___ 性別: 男 / 女

身高_____ 體重_____ 單身 / 已婚

配偶姓名_____ 近亲姓名_____ 聯繫電話:()_____

您是如何知道東區中醫堂的 朋友推薦 黃頁 網站 其他_____

1. 您是否得過肝炎? 如果有, 請問是什麼時候_____ 是 否
2. 您是否有艾滋病或感染艾滋病病毒? 如果有, 持續多久_____ 是 否
3. 您之前有做過任何手術么? 如果有請列舉手術時間和類型 是 否

4. 您有過心臟方面的問題或相關癥狀么? 請列舉: _____ 是 否

5. 您現在有服用藥物或止痛片么? 如果有請列舉: 是 否

6. 您目前是否有懷孕? 如果是, 請問懷孕幾周了? _____ 是 否

7. 您之前有做過針灸么? 是因為哪方面的問題: _____ 是 否

前 醫生/ 針灸師的姓名: _____

8. 您對用針是否有頭暈, 噁心, 昏厥的問題? 是 否

9. 您來中醫堂的原因是:

簽名: _____

日期: _____