

Entry Questionnaire

Name · 姓

Surname · 名

1. Current problem: In a few words, please describe your current problem · 主诉及现病史
What? Where? (Physical location) · 何种症状? 在何部位?

How? (Intensity? Characteristic of pain: stinging, throbbing, dizziness? Progress? Since when?) · 其特点? (强度? 性质: 刺痛, 刀割样, 钝痛? 病程? 何时起病?)

Cause of condition? (Worsening factors? Improving factors?) · 病因? (诱发因素? 缓解因素?)

When? (At what times throughout the day?) · 发作时间?

2. Medical history: With the following questions we would like to further elaborate on your state of health. Please answer with YES or NO ·

系统病史: 为了解您是否有其他疾病, 请以是或否回答下列问题。

	YES	NO
a) Do you currently or regularly suffer from any of the following conditions: · 您是否有或经常感到:	是	否
• Fever · 发烧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Headache · 头痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fatigue · 疲倦	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Dizziness · 头晕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Appetite disorder · 食欲不正常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Weight fluctuation (Gain/Loss) · 体重不正常 (肥胖或消瘦)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Insomnia · 睡眠障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Frequent perspiration · 自汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Night sweats · 盗汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	YES	NO
	是	否
• Eye problem · 眼疾		
• Impaired vision · 弱视	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inflammation · 炎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Flickering of vision · 视物闪烁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ear problem · 耳疾		
• Tinnitus · 耳鸣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Impaired hearing · 耳聋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Inflammation · 炎症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Flu · 感冒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Skin disorder · 皮肤病		
• Rash · 皮疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eczema · 湿疹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hair loss · 脱发	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Joint problems · 关节疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Backaches · 腰背痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heart conditions · 心脏疾患		
• Palpitation · 心悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tachycardia · 心动过速	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arrhythmia · 心律不齐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Chest distress · 胸闷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heartache		
Angina pectoris · 心痛, 心绞痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Breathing difficulty · 呼吸困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cough · 咳嗽	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Phlegm · 有痰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Digestive problems · 胃病		
• Regurgitation · 嗝气	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heartburn · 胃烧灼感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bloating · 胀气	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fullness · 饱胀感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nausea · 恶心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vomiting · 呕吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Liver problems · 肝胆疾患		
• Jaundice · 黄疸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Biliary colic · 胆绞痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	YES	NO
	是	否
• Irregularities of stool · 大便不规律		
• Constipation · 便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diarrhea · 腹泻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bloody stool · 便血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Urinary problems · 泌尿系疾患		
• Too frequent · 尿频	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Burning sensation · 烧灼, 疼痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bloody urine · 血尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reoccurring UTI · 经常性膀胱炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uncontrollable bladder · 尿失禁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vascular problems · 静脉疾患		
• Thrombosis · 血栓	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Phlebitis · 静脉炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Varicose vein · 静脉曲张	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leg swelling · 腿部肿胀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heaviness of legs · 两腿发沉	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Calf cramping · 腓肠肌痉挛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Gynecological problems · 妇科		
• Menstrual cramping · 痛经	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heavy bleeding · 经血过多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cycle abnormalities · 经期不调	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Are you currently using contraceptive pills? 您服用避孕药吗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Are you currently using contraceptive patches? 您外敷激素贴膏吗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sexually transmitted diseases · 性病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sexual dysfunction · 性功能障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergies · 过敏症		
• Hayfever · 花粉过敏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Others · 其它物质:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asthma · 哮喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Numbness of legs and arms · 四肢感觉障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Muscle fatigue · 肌肉无力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tremors · 震颤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Abnormalities in taste and smell · 味觉或嗅觉障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	YES 是	NO 否
b) Do you smoke? · 是否吸烟?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, how much? · 如果吸, 量?		
c) Do you drink? 是否饮酒?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, how much · 如果吸, 量?		
How often? · 频繁度?		
d) Are you currently on medication? · 是否用药?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Any particular blood-thinners · 特别是抗凝剂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Others? Dosage? · 其它药? 用药量		
e) Do you take illicit drugs? · 是否用毒品?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, which type? · 如果用, 何种?		
f) Do you play sport? · 是否从事体育活动?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, what and how often a week? · 何种? 每周几次?		
g) Are you exposed to any of the following climate factors at work or at home? ·		
• Breeze/Wind · 穿堂风/风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Humidity · 潮湿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Heat · 热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cold · 寒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja 是	Nein 否
h) Are you often · 您经常感到		
• Angry / short-tempered · 气恼/愤怒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Restless / anxious · 不安/紧张	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lively / optimistic · 乐观	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sorrowful · 充满忧虑	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sad / depressed · 悲伤/忧郁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Scared / fearful · 害怕/恐惧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Forgetful · 健忘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Do you often feel overly · 因下列情况感到不适		
• Hot · 发热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cold · 发冷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Do you prefer · 您更喜欢		
• Heat · 热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cold · 寒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Personal history · 个人史		
a) Disease · 疾病		
Do you suffer from · 患下述疾病		
• Hypertension · 高血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hypotension · 低血压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes · 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Infectious diseases (HIV, Hepatitis etc.) · 传染病 (爱滋, 肝炎等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tuberculosis · 结核病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Osteoporosis · 骨质疏松症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsy · 癫痫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Unique circumstances · 特别项		
Are you carrying an artificial heart valve? 您是否安了人工心脏瓣膜 或金属支架	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Women · 妇女 • Are you currently pregnant? · 现是否怀孕	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Please state any surgery, serious sickness or accident you have sustained in the past
· 做过何种手术，患过何种重病，或受过何种事故伤害？

When? · 何时

What? · 何种

Where? (Hospital duration) ·
何地住院？

4. Family history: please state if any of the following diseases have occurred in your family

· 家族史：您家族中是否经常出现下列疾病？

	YES	NO
	是	否
• Cardiovascular disease (Hypertension, Infarction etc.) · 循环系统疾病（高血压心肌梗塞）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stroke · 中风	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Allergies (Asthma, Hayfever, food allergies etc.) · 过敏症（哮喘，花粉病，食物过敏等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cancer · 癌症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes · 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Obesity · 肥胖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Neurological diseases (Multiple sclerosis etc.) · 神经系统疾病（多发性硬化等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rheumatism · 风湿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsy · 发作性疾病（癫痫）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Psychiatric disorders (Depression, schizophrenia etc.) · 精神疾病（抑郁症，精神分裂等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Others · 其他疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Thank you for your assistance.

Date

Signature of therapist