Waimairi Rd Family Medical Centre
New Patient Medical Questionnaire
初次就医问卷表

Please complete one form for <u>each member</u> of your family and hand back to reception

Name :_____ **DOB:** ___/____/_____ **Occupation** _____

1. **Do you have any, or have had any of the following medical problems?, or is there a family history of the following:**

	Self	Family		Self	Family
Diabetes 糖尿病	☐ Yes	☐ Yes	Blood clot 血块	☐ Yes	☐ Yes
High blood pressure 高血压	☐ Yes	☐ Yes	Stroke	☐ Yes	☐ Yes
Heart disease or problems 心脏类疾病病或问题	☐ Yes	☐ Yes	High cholesterol 高胆固醇	☐ Yes	☐ Yes
Heart Attack 心脏病 -under 60yrs(60 岁以下) (circle one 请圈出) -over 60yrs (60 以上)	☐ Yes	☐ Yes	Migraine 偏头痛	☐ Yes	☐ Yes
Asthma 哮喘	☐ Yes	☐ Yes	Epilepsy 癫痫	☐ Yes	☐ Yes
Other lung or respiratory disease/ problems 肺或呼吸系统疾病/问题	☐ Yes	☐ Yes	Breast cancer 乳腺癌	☐ Yes	☐ Yes
Kidney disease or problems 肾病或肾问题	☐ Yes	☐ Yes	Other cancer 其他癌症	☐ Yes	☐ Yes
Liver disease or Hepatitis 肝病或肝炎	☐ Yes	☐ Yes	Eye problem 眼睛问题	☐ Yes	☐ Yes
Bowel disease or problems 肠病或问题	☐ Yes	☐ Yes	Rheumatic Fever 风湿热	☐ Yes	☐ Yes
Joint disease or problems, arthritis 关节病或关节炎	☐ Yes	☐ Yes	Tuberculosis (TB) 结核	☐ Yes	☐ Yes
Depression and/or anxiety 抑郁和/或焦虑	☐ Yes	☐ Yes	Eczema 湿疹	☐ Yes	☐ Yes
Other mental health illnesses 其他精神疾病	☐ Yes	☐ Yes	Hay Fever 花粉过敏	☐ Yes	☐ Yes

2. Do you have any **other health, disability problems or inherited conditions**? – *please list*
请问还有任何其他的健康问题，残疾，或是遗传类疾病吗？—请列出

_____

3. Please list any **<u>regular</u> medications** that you take (including supplements) 请列出任何的你当前所使用的常规药物（包括营养补充类产品）

Have you had any **operations?** 您有做过手术吗？ ☐ No 没有 ☐ Yes 有 ***If yes**, please list* 如果有，请列出

_____

WAIMAIRI MEDICAL

4. Are you **allergic** to any medications?你任何的药物过敏吗？ ☐ No 没有 ☐ Yes 有 ***If yes**, please list* 如果有，请列出

_____

5. Do you **smoke?** 您吸烟吗？ ☐ No 没有
☐ Yes 有 If yes, how many / day ? 如果有，每天多少根？_____

If yes 如果有 - would you like help to **quit smoking ?**如果有，请问你想要一些帮助来戒烟吗？
☐ Yes 是 ☐ No， thanks 不， 谢谢

Have you ***ever*** smoked ? 你曾经吸过烟吗？ ☐ No 没有 ☐ Yes 有 **If yes**, how much and for how long ? 如果有的话，那您吸了多长时间，数量是多少呢？_____
or, when did you give up? 或，您在什么时候戒烟的呢？_____

6. Do you drink **alcohol?**您饮酒吗？ ☐ No 没有 ☐ Yes 有
If yes, on average, how much **per week** and which type? 如果有，每周饮多少，是那种酒呢？

_____

7. Do you have any **substance abuse** problems? 您有任何物质滥用的问题吗？☐ No 没有 ☐ Yes 有

8. **Living Situation** 居住情况**:** ☐Alone 独居 ☐With Family 和家人居住 ☐Flatting 合租 ☐Independent unit 独立的单元

9. **Language/s: (if other than English)** 语言（如果不是英文）_____

Interpreter required? 需要翻译吗？: ☐ No， thanks 不， 谢谢 ☐ Yes 是的，需要

Consent for family members to be given your medical information ?: ☐ No 不同意 ☐ Yes 同意
您同意我们把您的医疗信息透露给您的家庭成员吗？

10. When was your last **Tetanus booster**? 您上次打破伤风疫苗是多久以前？_____

11. Are your **childhood immunisations** up to date?您在儿时有打全疫苗吗？ ☐No 没有 ☐Yes 有 ☐ Don't know 不知道

12. **Exercise:** Do you exercise regularly? 您会定期运动锻炼吗？ ☐ No 没有 ☐ Yes 有
What exercise do you do? 什么类型的运动呢？

_____

13. **Women:** (***those over 20 years & have ever been sexually active***) 年龄 **20** 岁及以上的女性
When was your most recent cervical smear? 您最近一次宫颈涂片检查是什么时候？

_____

Have you ever had an abnormal smear? 您曾有过不正常宫颈涂片结果吗？ ☐No 没有 ☐Yes 有 ☐ Don't know 不知道

14. **Women** (***those over 40 years old***)年龄 **40** 岁及以上的女性**:** Have you had a mammogram? 您有做过乳房 X 光检查吗？
☐ No 没有 ☐ Yes 有
If Yes, when was your last mammogram? 如果有，最近一次的乳房 X 光检查是什么时候_____

Signed:_____ **Date:** _____.