



VJMMG | NHGLOBAL 美國醫學科學專家會診中心

Confidential New Patient Information 新病人信息

Date 日期: _____

Last name 姓: _____ First name 名: _____ MI 中间名: _____

DOB 出生日期: ____/____/____ Age 年龄: ____ Sex 性别: ____ Relationship status 关系状态: _____

Home address 家庭地址: _____

City 城市 _____ State 州: _____ ZIP 邮编 _____

Home phone 家里电话 (____) ____-____ Work phone 工作电话 (____) ____-____ Mob 手机号码 (____) ____-____

Preferred Pharmacy 首选的药房: _____ Pharmacy Phone 药房电话: (____) ____-____

Email address 邮箱地址: _____ @ _____

Language preferred 首选的语言: _____ Race/Ethnicity 人种/种族: _____

Emergency contact details 紧急联系信息

1. Last name 姓: _____ First name 名: _____ Relationship 关系: _____

2. Home phone 家里电话 (____) ____-____ Work 工作电话 (____) ____-____ Mob 手机号码 (____) ____-____

3. Last name 姓: _____ First name 名: _____ Relationship 关系: _____

Home phone 家里电话 (____) ____-____ Work 工作电话 (____) ____-____ Mob 手机号码 (____) ____-____

Insurance details 保险信息

Primary insurance name 初级保险名字: _____ Policy# 保险号 _____

Secondary insurance name 高级保险名字: _____ Policy # 保险号 _____

Main reason for today's visit 今天看病的主要原因:

Other concerns 其它问题:

Physicians who care for you 您的个人医师：	Specialty 专属：	Phone 电话#：

Medications: Please list all medications, supplements, vitamins or herbs you have taken within the last month
药物：请列出上个月所用的所有药物，补充剂，维生素或草药

Medication 药物:	Dose 剂量:

IMMUNIZATION HISTORY 免疫历史

Immunizations and most recent date:

免疫接种及其日期:	
Chickenpox 水痘	Date 日期:
Flu shot 流感	Date 日期:
Gardasil/HPV/Cervical 加德西/ HPV /宫颈	
Date 日期: _____	
Meningococcus 脑膜炎双球菌	Date 日期:
MMR 麻疹, 腮腺炎, 风疹	Date 日期:
Pneumonia 肺炎	Date 日期:
Tdap 破伤风和百日咳	Date 日期: _____

Hepatitis A 甲型肝炎 Date 日期: _____

Hepatitis B 乙型肝炎 Date 日期: _____

Tetanus 破伤风 Date 日期: _____

Zostavax 带状疱疹 Date 日期: _____

Covid-19 Vaccination Records

Covid19 流行性病疫苗注射记录和疫苗卡复印附后:

Covid-19 Vaccine 1 covid 疫苗 1: _____ Date : _____

Covid-19 Vaccine 2 covid 疫苗 2: _____ Date: _____

Covid-19 Vaccine 3 covid 疫苗 3 : _____ Date: _____

Covid-19 Vaccine 4 covid 疫苗 4 : _____ Date: _____

Monkey Pox 猴痘 : _____ Date 日期: _____

(Women Only) OBSETRIC AND GYNECOLOGICAL HISTORY (仅限女性) 产科和妇科历史

Last PAP Smear 上一次 PAP 涂片 Date 日期

_____ Abnormal 异常

Last Mammogram 上一次乳房 X 线 Date 日期

_____ Abnormal 异常

Age of first menstrual period 第一次月经期:

Date of last menstrual period or age of menopause

上次月经期或绝经年龄: _____

Number of pregnancies 怀孕次数: _____ births 生产:

Miscarriages 流产: _____ abortions 堕胎:

Cesarean sections 剖宫产 If yes, then number 如果

是, 次数: _____

Bleeding between periods 期间出血 Heavy
periods 月经量多

Extreme menstrual pain 极度月经痛

Vaginal itching, burning, or discharge 阴道瘙痒, 灼热或异物

Wake in the night to go to the bathroom 晚上醒来去洗手间

Hot flashes 潮热

Breast lump or nipple discharge 乳房肿块或乳头异物

Painful intercourse 痛苦的性交

Sexually active 性活跃

Current sexual partner is 目前的性伴侣是 Female 女性 Male 男性

Do you use condoms 你使用避孕套 Yes 是 No 否

Other birth control method used 其他避孕方法:

Interested in being screened for STD's 有兴趣被筛选为性传播疾病

PAST MEDICAL HISTORY 过去疾病史

Please check all that apply 请选择所有适用的：

Anxiety Disorder 焦虑症	Diverticulitis 憩室炎	Kidney Disease 肾病
Arthritis 关节炎		Kidney Stones 肾结石
Asthma 哮喘	Fibromyalgia 纤维肌瘤	Leg/Foot Ulcers 腿部/脚部溃疡
Bleeding Disorder 出血障碍	Gout 痛风	Liver Disease 肝病
Blood Clots 血栓	Pacemaker 起搏器	Osteoporosis 骨质疏松
Cancer 癌症(type 类型 _____)	Heart Attack 心脏病	Polio 脊髓灰质炎
Coronary Artery Disease 冠状动脉疾病	Heart Murmur 心脏杂音	Pulmonary Embolism 肺栓塞
	Hiatal Hernia or Reflux Disease 胃反流疾病	Reflux or Ulcers 反流或溃疡
Claustrophobic 幽门恐惧症	HIV or AIDS 艾滋病	Shock 休克
Diabetes-Insulin 糖尿病-胰岛素	High Cholesterol 高胆固醇	Stroke 卒中
Diabetes-Non-insulin 糖尿病-非胰岛素	High Blood Pressure 高血压	Tuberculosis 结核
Thyroid 甲状腺	Dialysis 肾透析	Other 其它

RELATION 关系 **ALIVE AGE 年** **SIGNIFICANT HEALTH PROBLEMS 主要健康问题在世年龄**

Grandmother(maternal) Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌
祖母 (母亲) /否 症 Diabetes 糖尿病 Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Grandfather (maternal) Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌
祖父 (母亲) 否 症 Diabetes 糖尿病 Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Grandmother (paternal) Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌
祖母 (父亲) 否 症 Diabetes 糖尿病 Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Grandfather (paternal) Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌
祖父 (父亲) 否 症 Diabetes 糖尿病 Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Father 父亲 Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌 症 Diabetes 糖尿病
Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Mother 母亲 Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌 症
Diabetes 糖尿病 Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Brother/Sister 兄弟/姐妹 Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌 症 Diabetes 糖尿病
Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Brother/Sister 兄弟/姐妹 Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌 症 Diabetes 糖尿病
Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松
Stroke 中风

Other 其它 Y/N 是/否 _____ Alcoholism 酗酒 Arthritis 关节炎 Depression 忧郁 Cancer 癌 症
Diabetes 糖尿病 Genetic disease 基因疾病
Heart disease 心脏病 Hypertension 高血压 Osteoporosis 骨质疏松 中风

SOCIAL HISTORY 社会史

Education 教育 Less than 8th grad
八年级以下 High school 高中 2
year college 两年制專科 4year
college 四年大学 Post
graduate 硕士/博士

Marital Status 婚姻状态
Married 已婚 Single 单身
Divorced 离婚 Separated 分居
Widowed 寡妇 Domestic
Domestic partner 同居

Exercise Level 运动量
None 没有 (No exercise) (不运动)
Occasional exercise 偶尔运动
Moderate exercise 中度运动
High level exercise 高强度运动

Caffeine 咖啡因 None 无
Moderate 中度 Heavy 重度
#of cups/cans per day
一天幾杯/罐

Alcohol 酒精 Do you drink
alcohol 酒精 您饮酒吗? Yes 是
No 否 If so, how often? 如果
是, 频率是? Occasionally 偶
尔 < 3 times a week 一周三
次 > 3 times a week 一周三
次

How many drinks per week 每

Sleep 睡眠 Hours of sleep 睡眠時間 _____ Difficulty falling asleep 入睡
困难? Yes 是 No 否, Difficulty staying asleep 难以持續睡眠 Yes 是
No 否, Waking up fresh? 醒來覺得清新 Yes 是 No 否

Tobacco 烟草 Do you use tobacco 您使用任何
烟草吗? Yes No , If not currently, did
you ever use tobacco 如果不是現在, 您
有否曾經使用烟草? Yes 是 No 否
Cigarettes ___pks/day 香烟一天 包
Chew 咀嚼 - ___/day 天 Cigars

Drugs 药物 Do you currently use recreational or
street drugs? 您目前使用任何娱乐或街
头药物吗? Yes 是 No 否

If yes, list 如果是, 请列出:

重要警告!!

- 本信息受美国联邦信息保护法限制和保护, 内容虚假或不完整均造成问诊评估/治疗方案无效或效果不佳。
- 相关检查报告请扫描复印附后, 影像检查只需提供文字报告, 无需影像传递。
- 我们接受中国三甲医院检验报告, 国际代码共享。
- 本咨询问诊信息的最终解释权在本机构——美国医学科学专家会诊中心。
- 本中心中文咨询电话: 1-949-308-3696、中心微信 ID: us-rmg、本中心 Email: nhglobal2022@gmail.com
- 本中心洛杉矶中心: 1-909-348-4406 Email: usregeneration@gmail.com
- 夏威夷檀香山会诊康养中心: 1-808-666-3688 Email: nhglobal2022@gmail.com

REVIEW OF SYSTEMS 系统审查

Please select all that apply 请选择所有适用的选项

Allergic/Immunologic 过敏/免疫	Ears/Nose/Mouth/Throat 耳/鼻/嘴/喉	Genitourinary 泌尿生殖系统	Neurological 神经
Frequent Sneezing 频繁打喷嚏	Bleeding Gums 口腔出血	Blood in Urine 血尿	Dizziness 头晕
Hives 麻疹	Difficulty Hearing 听力障碍 难	Difficulty Urinating 排尿困难	Fainting 昏晕
Itching 瘙痒	Dizziness 头晕	Incomplete Emptying 排尿不畅	Headaches 头痛
Runny Nose 流鼻涕	Dry Mouth 嘴干	Increased Urinary Frequency 排尿频率增加	Memory Loss 记忆丧失
Sinus Pressure 窦压	Ear Pain 耳朵疼痛	Urinary Loss of Control 尿失禁	Migraines 偏头痛
Cardiovascular 心血管 染	Frequent Infections 频繁感染	Hematologic/Lymphatic 血液/淋巴	Numbness 麻木
	Arm Pain on Exertion 劳动时手臂疼痛	Frequent Nosebleeds 频繁鼻出血	Easy Bruising/Bleeding 易挫伤/出血
	Hoarseness 嘶哑	Swollen Glands 腺体肿胀	Seizures 癫痫
	Chest Pain on Exertion 劳动时胸口沉重	Mouth Breathing 嘴呼吸	Integumentary (Skin) 皮肤
	Irregular Heart Beats (Palpitations) 心律不齐	Mouth Ulcers 嘴溃疡	Changes in skin 皮肤改变
Known Heart Murmur 心脏杂音	Nose/Sinus Problems 鼻/窦腔问题	Dry Skin 皮肤干	Psychiatric 心理
Light-headed on Standing 站立时头晕	Ringling in Ears 耳鸣	Eczema 湿疹	Alcohol Overuse 酒精过度用
Shortness of Breath When Lying Down 躺下时呼吸急促	Endocrine 内分泌	Growth/Lesions 生长/病变	Anxiety/Stress 焦虑/压力
Shortness of Breath when Walking 走路时呼吸急促	Fatigue 劳累	Depression 忧郁	Do Not Feel Safe in Relationship 无安全感
Swelling (Edema) 肿胀	Thirst/Hunger/Urination 口渴/饥饿/排尿增加	Itching 瘙痒	Jaundice (Yellow Skin/Eyes) 黄疸 (皮肤发黄/眼睛)
Constitutional 构造	Gastrointestinal 胃肠道	Rash 皮疹	Mania 狂躁
Exercise Intolerance 运动无耐力	Abdominal Pain 腹部疼痛	Sleep Problems 睡眠问题	Respiratory 呼吸
Fatigue 疲劳	Black or Tarry Stool 黑色或焦油便	Back Pain 背痛	Cough 咳嗽
Fever 发烧		Joint Pain 关节痛	Coughing Up Blood 咳血

Weight Gain 体重增加 Shortness of Breath 呼吸急

(____lbs 磅)

Blood in Stool 血便

Muscle Aches 肌肉痛 促

Weight loss 体重减轻

Change in Appetite 食欲改变

Muscle Weakness 肌肉无力

(____lbs 磅)

Sleep Apnea 睡眠呼吸暂停

Frequent Ingestion 频繁摄入

Eyes 眼睛

Snoring 打呼噜

Dry Eyes 眼睛干

Hemorrhoids 痔疮

Wheezing 喘气

Trouble Swallowing 吞咽困难

Irritation 刺激

Vision Change 视力改变

Vomiting 呕吐

Vomiting Blood 呕血

Date of Last Exam 上次检查日期:_____

Over the past 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems 在过去的两个星期里，您遇到以下任何问题多久了？	Not at all 一点也不	Several days 几天	More than half the days 超过一半的时间	Nearly every day 几乎每天
1. Little interest or pleasure in doing things 做事时兴趣很少	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed or hopeless 感觉不开心，很忧郁或者无希望	0	1	2	3
3. Fear, discouragement, anxiety, and irritability about the covid-19 pandemic 对 covid19 疫情恐惧、灰心、焦虑、暴躁。	0	1	2	3

注：这只是初级问诊问卷，不排除根据美国医学科学专家的初次会诊给予下一阶段的详细问卷。