

舌針研究治療中心
Tongue Acupuncture Research Clinic

病人記錄
Patient Record

個人資料 Personal Information

姓名：_____ English Name：_____
性別 Sex：_____ 出生日期 Date of Birth：_____
年齡 Age：_____ 身分證/護照號碼 ID/Passport No.：_____
地址 Address：_____
電話 Tel. No.：_____ 電郵/傳真號 E-Mail/Fax No.：_____
就讀學校 School Name：_____ 年級 Grade：_____
學校電話 School Tel. No.：_____
家長姓名 Parent/Guardian _____ 關係 Relationship：_____
聯絡電話 Contact Tel. No.：_____

病史簡介 Brief Medical History

病人正／曾患以下疾病 Patient is suffering/has suffered from：
(請在適合的 內加“✓” Please put a “✓” in the proper box(es) below.)

- 自閉症 Autism 輕度 Mild 中度 Moderate 嚴重 Severe
- 智力發育遲緩 Mental Retardation 輕度 Mild 中度 Moderate 嚴重 Severe
- 腦癱 Cerebral Palsy 左/右手 Left/Right Arms 左/右腳 Left/Right Legs
- 中風 Stroke 左/右手 Left/Right Arms 左/右腳 Left/Right Legs
- 眼病 Visual Impairment
- 其他(請註明) Other, please specify _____

發病時間 Duration of illness：_____

在哪兒斷症、評估？ Where has the patient been diagnosed and assessed?

曾用的療法 Treatment Taken： 西醫 Western Medicine _____
 中醫 Chinese Medicine _____

填表者 Name of Submitter：_____

與病人關係 Relationship with Patient：_____

日期 Date：_____