

香港國際舌針研究治療中心  
Hong Kong International Tongue Acupuncture Research Clinic

病人記錄  
Patient Record

個人資料 Personal Information

姓名：\_\_\_\_\_ 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 E-Mail：\_\_\_\_\_  
家屬姓名 Name(s) of Folks \_\_\_\_\_  
關係 Relationship \_\_\_\_\_ 聯絡電話 Contact Tel.: \_\_\_\_\_

病歷簡介 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.)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 自閉症 Autism  | <input type="checkbox"/> 腦癱 Cerebral Palsy    |
| <input type="checkbox"/> 智力發育遲緩 Mental Retardation   | <input type="checkbox"/> 中風 Stroke            |
| <input type="checkbox"/> 腦退化症 Dementia   | <input type="checkbox"/> 眼病 Visual Impairment |
| <input type="checkbox"/> 痛症 Various Pains (頸 neck / 肩 shoulder / 腰 lower back / 背 back /<br>上肢 upper limbs / 下肢 lower limbs) |   |
| <input type="checkbox"/> 其他病症(請註明) Other medical problems, 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 Submitted by：\_\_\_\_\_

與病人關係 Relationship with Patient：\_\_\_\_\_

日期 Date：\_\_\_\_\_