



初診調查問卷

姓名_____

今日日期_____

年齡_____ 您平時慣用右手還是左手? _____ 職業/曾經的職業: _____

請描述您的工作內容（只需要寫體力勞動方面的）: _____

您受傷的部位是? _____

假設 0=完全不痛，10=非常疼痛，請選擇 0-10 之間的任意數字回答以下問題:

受傷部位在最輕鬆的情況下，有多痛? _____

受傷部位在最痛的情況下，有多痛? _____

受傷部位現在有多痛? _____

請簡短地描述您是怎麼受傷的（如果不記得可留空）:

以下詞語之中，哪些可以用來形容您的疼痛（可以圈出，也可以自己添加）:

“痙攣痛” “電流流過” “酸痛” “鈍痛” “銳痛” “持續性疼痛” “一時痛一時不痛” _____

平時做什麼會讓疼痛加重? _____

平時做什麼會讓疼痛減輕? _____

您在來這裡之前有沒有在別的地方治療過? 在哪裡? _____

哪位醫生介紹您來的? 他/她的專科是? _____

您受傷的部位有沒有做過（請圈出）：
MRI（核磁共振） X光片 EMG（肌電圖） 物理治療
手術 針灸 類固醇注射（止痛針） 指壓療法

同樣的部位以前有沒有受傷過（如果傷到不止一次）?（有/沒有）

如果有，是不是在工作中受傷的?（是/不是）

如果是，具體受傷日期是：_____/_____/_____

您現在有沒有在工作?（有/沒有）



個人病史 (請圈出) :

高血壓 膽固醇 糖尿病 心臟病
甲狀腺 胃酸過多/反胃 骨質疏鬆症 癌症
其它: _____

以前有沒有動過手術 (任何手術): _____

家族病史 (家庭成員之中有沒有人有以上疾病, 請寫明) :

您有沒有以下習慣 (請圈出) : 1. 吸煙; 2. 飲酒; 3. 使用毒品

請列出您現在正在吃的**所有藥物**: _____

您有沒有對任何**藥物過敏**? (有/沒有) 如果有, 請列出: _____

您有沒有以下任何症狀?

持續性發燒或發冷	有	無
不明原因的體重劇烈下降	有	無
嚴重的或者持續性的頭痛	有	無
過度乾渴	有	無
過度飢餓	有	無
白內障	有	無
聽力下降	有	無
經常性流鼻血	有	無
甲狀腺腫大	有	無
胸痛	有	無
心律失常	有	無
進行日常活動時呼吸困難	有	無
慢性咳嗽	有	無
經常感到惡心/反胃	有	無
經常感到腹痛	有	無
大小便失禁	有	無
大便帶血	有	無



小便刺痛	有	無
對冷或熱非常敏感	有	無
高度緊張/焦慮	有	無
容易皮下出血或淤青	有	無