

Health Assessment Form	SURNAME 姓氏:	URN
	GIVEN NAME 名:	DOB 生日
	SEX: Male / Female 性別: 男 / 女	TEL 電話
	ADDRESS 住址:	

Procedure: Autologous Stem Cell Transfusion (自體幹細胞回輸)

Please list **ALL MEDICINES** you are taking now, including pain-killers, puffers, warfarin, insulin, herbal, and over the counter products 請列出所有您目前正在使用的藥物 (包含止痛藥, 噴霧劑, 抗凝血劑, 胰島素, 中藥, 保健食品或非處方籤藥物)

Name 藥名	Dose 劑量	How often? 使用次數	Name 藥名	Dose 劑量	How often? 使用次數
1.			5.		
2.			6.		
3.			7.		
4.			8.		

Please answer the following questions 請回答下列的問題

	Yes 是	No 否	
1. Are you allergic to any medicines? 您是否對藥物過敏?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Which ones? 若是,請列出藥物及反應
2. Do you take any unprescribed drugs? 您目前是否有使用任何非處方籤藥物?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Which ones? 若是,請列出藥物名
3. Do you smoke cigarettes 您是否抽菸? 如為否,請跳過 Q4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	How many per day? _____ How many yrs? _____ 若是, 每天 _____ 支, 菸齡 _____ 年
4. Have you quit smoking? 若過去有抽菸, 您現在已戒菸了嗎?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	When did you quit? Year _____ 若是, 已戒菸 _____ 年
5. Do you drink alcohol 您是否有喝酒的習慣? - Have you ever had a problem with alcohol? 您是否曾有酒精中毒的問題? - Have you ever had a problem with drugs? 您是否曾有藥物中毒的問題?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	How many per day? _____ How many yrs? _____ 一天喝多少? _____ 喝多少年了? _____ - Describe 詳述 - Describe 詳述

	Yes 是	No 否	
6. Have you ever tested positive for HIV? 您是否曾有在愛滋病毒檢測時呈陽性反應過?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describe 詳述
7. Have you ever tested positive for hepatitis 您是否曾有在肝炎測試呈陽性反應過?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Describe 詳述

Please list all operations and recent tests (last 12 months) that you have had. 請列出過去 12 個月中有做過的所有手術與治療項目

Surgery/ Test	手術/治療名稱	Date	Surgery/ Test	手術/治療名稱	Date
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

Do you have or have you ever had any of the following? 請您勾選回答下列的問題

	Yes 是	Unsure 不確定	No 否	Details 詳述
1. A bad reaction to an anaesthetic? 您是否曾對麻醉藥物過敏?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Have you ever suffered awareness during a past anaesthetic? 您是否曾對麻醉藥物有過不良反應?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. A member of your family with a bad reaction to an anaesthetic (e.g. malignant hyperthermia?) 您的家庭成員中，是否有人曾對麻醉藥物有過不良反應?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. A member of your family with a bleeding problem 您的家庭成員中，是否有過凝血相關問題的疾病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. High blood pressure 您是否有高血壓病史?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Chest pains, angina or a heart attack 您是否有過胸痛，心絞痛或心臟病病史?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Yes 是	Unsure 不確定	No 否	Details 詳述
7. A pacemaker/implanted defibrillator 您是否有裝置心臟起搏器植入式除顫器?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Short of breath walking or going up stairs? 您是否曾有因走路或爬樓梯而導致呼吸急促的情形?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Asthma, bronchitis, or breathing problem 您是否有哮喘，支氣管炎，或呼吸方面的問題?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Do you have obstructive sleep apnoea? 您是否有週阻塞性睡眠呼吸暫停的情形?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Clots in legs or lungs? 您是否曾有過任何血栓情形(腿部或肺部)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Stroke, faints, blackouts or dizzy spells? 您是否有中風，暈倒，眩暈或頭暈病史?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Migraine headaches? 您是否有偏頭痛的病情?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Back, joint or neck problems 您是否有背部，關節或頸椎的問題?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Back <input type="checkbox"/> Joint <input type="checkbox"/> Neck <input type="checkbox"/> 背部 關節 脖子
15. Muscle disease, arm or leg weakness 您是否有肌肉疾病，手臂或腿部無力的病史?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Diabetes? 您是否有糖尿病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Kidney problems? 您是否有腎臟病?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Hepatitis or liver problems? 您是否有肝炎或是肝臟病史?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Hiatus hernia, reflux or heartburn? 您是否有裂孔疝，胃食道逆流或胃灼熱的情形?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Easy bruising or bleeding problem? 您是否有容易瘀傷或出血的問題?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Are you pregnant? 您是否正處於懷孕的狀況?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Yes 是	Unsure 不確定	No 否	Details 詳述
22. Any other serious illness or disability ? 您是否有其他嚴重的疾病或殘疾 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Do you wear dentures ? 您是否有戴活動式假牙 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. How much do you weigh ? 您的體重是幾公斤 ?			 kg
25. Do you have someone at home to care for you after procedure ? 您是否有家人可以在此次療程後照顧 您?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Who? 若有, 誰?
26. Family history of cancer 家族成員是否有癌症病史?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I confirm that the information provided in these forms is true and correct to the best of my knowledge
我在此宣告以上所有提供的資料在我所知的範圍內是真實和正確的。

Name
姓名

Signature
簽名

Date
日期 (dd/mm/year)