



客戶資料
Confidential

客戶: _____ 醫療卡號: _____ 日期: _____
地址: _____ 出生日期: _____
電郵: _____ 聯絡電話: _____
家庭醫生: _____ 醫生電話號碼: _____
你是怎麼知道我們的診所: _____

第一節：醫療的病歷

- 是 否 在耳邊出現疼痛或排水
- 是 否 在過去 90 天內耳部感染情況
- 是 否 在過去 90 天裡突然或變動的聽力損失
- 是 否 單邊（單面）聽力損失
- 是 否 耳部手術的病歷 [如是，請給予詳情: _____]
- 是 否 家族聽力損失病歷 [如是，請給予詳情: _____]
- 是 否 急性或慢性眩暈或頭暈
如是，那類？ _____ 輕頭痛 _____ 耳水不平衡 _____ 房間旋轉
你有沒有作嘔？ 是 否
- 是 否 急性或慢性耳鳴（例如：鳴響或嗡嗡聲在你耳邊的聲音）
如是，哪邊？ _____ 左耳 _____ 右耳
哪種？ _____ 鳴響 _____ 嗡嗡響 _____ 嘶嘶響 _____ 嗡嗡叫
多久？ _____ 經常 _____ 偶然
- 是 否 你是否曾經遭受頭部傷害？
如是，請給予詳情: _____
你曾失去知覺：如是，請給予詳情: _____
它影響您的聽力：如是，請給予詳情: _____
- 是 否 你有噪聲接觸歷史？
如是，哪種？ _____ 娛樂 _____ 職業
多少年？ 從 _____ 到 _____
請描述情況: _____
你有沒有在這些情況下使用聽力保護？ 是 否

1. 你最近有沒有見過醫生？ 是 否
a. 如是，為什麼事？ _____ 何時跟進再訪： _____
2. 你是否患有： _____ 高血壓 _____ 糖尿病 _____ 腎困難 _____ 中風
_____ 癌症 _____ 視力障礙 _____ 關節炎

我該注意是否有任何其他的身體健康情況？

3. 你經常服吃什麼藥物? 是 否
(如果不知道藥名, 請注明它們是什麼?)
-

第二節: 聽力健康病歷

4. 你今天訪問的目的是什麼? _____

5. 你注意到你的聽力和理解有困難多久? _____

6. 你之前曾否有聽力測試?

什麼時候和哪裡 _____

結果是什麼? _____

7. 聽力對你日常生活影響的狀態:

a. 別人抱怨電視聲太大? 是 否

b. 你聽門鈴或電話聲有問題嗎? 是 否

c. 你能理解講電話內容如何? _____

你聽電話哪邊耳仔清楚些? _____ 左耳 _____ 右耳 _____ 一樣

d. 你對誰理解有困難: _____ 男人 _____ 女人 _____ 小孩

e. 哪些情況造成困難?

1 對 1 的對話

2 至 3 人同時交談

社交聚會

背景噪雜的交談

駕駛或車內的交談

會議

教會

8. 你目前戴助聽器嗎? 是 否

如是, 你覺得目前的助聽器如何? _____

如否, 你之前有試戴過嗎? 是 否

那類? 耳背式 耳內式

多久以前? _____

9. 請列出你想聽和理解得更好的 3 種情況:

a. _____

b. _____

c. _____