



信息表 如遇紧急情况 请致电911

Chinese (Simplified)

联系方式 CONTACT INFORMATION

名字 (First Name) _____ 姓氏 (Last Name) _____

地址 (Address) _____ 公寓门牌号 (Apartment Number) _____

城市 (City) _____ 邮政编码 (Postal Code) _____

主要电话 (Main Phone) (____) _____ - _____ 其他电话 (Alt. Phone) (____) _____ - _____

保健卡号 (Health Card) _____ - _____ - _____ 出生日期 (Birth Date) ____/____/____
(日) (月) (年)

母语 (Primary Language) _____ 性别 (Gender) ☐ 男 (M) ☐ 女 (F)

☐ 医疗照护预先指示 (Advanced Care Directive) → 文件存于 (On file with) _____

紧急联络人 1 (Emergency Contact 1) _____

主要电话 (Main Phone) (____) _____ - _____ 其他电话 (Alt. Phone) (____) _____ - _____

紧急联络人 2 (Emergency Contact 2) _____

主要电话 (Main Phone) (____) _____ - _____ 其他电话 (Alt. Phone) (____) _____ - _____

家庭医生 (Primary Care Provider) _____

电话 (Phone) (____) _____ - _____

有关病史 RELEVANT MEDICAL HISTORY

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ 心脏病 (心绞痛、心脏病发作)
(Cardiac (angina, heart attack, bypass, pacemaker)) | ☐ 糖尿病 胰岛素依赖性/非胰岛素依赖性
(Diabetic (insulin / non insulin dependant)) | ☐ 癌症
(Cancer) |
| ☐ 中风/短暂性脑缺血发作
(Stroke/TIA) | ☐ 慢性阻塞性肺病 (肺气肿, 支气管炎)
(COPD (emphysema, bronchitis)) | ☐ 老年痴呆症
(Alzheimer) |
| ☐ 高血压
(Hypertension (high blood pressure)) | ☐ 癫痫 (抽搐)
(Seizure (convulsions)) | ☐ 痴呆
(Dementia) |
| ☐ 充血性心力衰竭
(Congestive heart failure) | ☐ 哮喘
(Asthma) | ☐ 精神病
(Psychiatric) |

其他 (Other) _____

药物 MEDICATIONS

1) _____	6) _____	11) _____
2) _____	7) _____	12) _____
3) _____	8) _____	13) _____
4) _____	9) _____	14) _____
5) _____	10) _____	15) _____

医药过敏 MEDICAL ALLERGIES

☐ 无可知过敏 (No Known Allergies)	☐ 盘尼西林 (Penicillin)	☐ 阿司匹林 (ASA)	☐ 磺胺类药物 (Sulpha)	☐ 可代因 (Codeine)
☐ 其他 (Other) _____				

特别注意事项 SPECIAL CONSIDERATIONS

☐ 传染性感染/疾病 (Communicable Infection / Disease)	_____
☐ 其他 (Other)	_____
☐ 医院归属关系 (Hospital affiliation)	_____
☐ 专科 (透析、神经, 等) (Specialty (dialysis, neuro, etc.))	_____
	→ ☐ 一般病史 (Extensive history)

行动 / 感官 MOBILITY / SENSORY

☐ 假牙 (Dentures)	☐ 视觉 (视力障碍/眼镜) (Visual (impairment / glasses / blind))	☐ 听觉 (听力障碍/助听器) (Hearing (impairment / aid / deaf))
☐ 行动问题 (拐杖/轮椅/助步器/电动摩托车/假肢) (Mobility issues (cane / wheelchair / walker / motorized scooter / prosthetic limb))		

宠物照顾联系人 PET CARE CONTACTS

联系人1 (Contact 1)	电话 (_____) - _____ (Phone)
联系人2 (Contact 2)	电话 (_____) - _____ (Phone)
宠物名单及宠物护理 指导 (List of pets and pet care instructions)	

填表人 (Completed by)	日期 (Date)
	日 / 月 / 年 (day / month / year)