



腹痛

自我檢測表 請您根據自己的背痛狀況，仔細回答下列問題，將有助於醫師更深入了解您的病情。

1. 您頭痛的症狀有多久了？_____
2. 頭痛最容易在什麼時間發生？ 起床後 早上 下午 晚上
3. 頭痛發生的狀況是怎樣？ 突然發生的 慢慢發生的
4. 頭痛的位置在哪裡？ 太陽穴 後枕部 頸部 一側 兩側
5. 怎麼痛法？ 緊緊的，像被頭套套住的感覺 漲漲的，像要爆炸般的感覺 搏動感，像脈搏跳動般的感覺 抽痛，像針刺或電擊般的感覺 不知如何描述
6. 什麼情況會誘發您的頭痛？失眠 疲勞 情緒緊張 吃東西 吹風 月經 其它：_____
7. 頭痛發生之前有沒有下列前兆？頭痛前會看到閃光 視力會受到妨礙影響 感覺食慾不振 肢體一側無力 其它：_____
8. 有沒有方法可解除您的頭痛？吃藥 打針 睡覺 運動 喝濃茶、喝咖啡 其它：_____
9. 有沒有其它方面的疾病？鼻子 眼睛 視力 耳朵 牙齒 頭部外傷
10. 家族內是否有人也有如此病症？沒有 有

個人基本資料

姓名：_____ 身分證號碼：_____

教育程度 研究所或以上 大學 / 專 高中 / 職 國中或以下

職業 工商 金融 資訊 大眾傳播 公教 製造業

學生 自由業 家庭主婦 其他_____

請先行填寫完以上資料，再持本張自我檢測表至建議的

新竹實和聯合診所 家醫科掛號就診

門診時間：上午 08:30~12:00

下午 02:30~05:30

晚上 06:30~09:30

假日上午 09:00~12:00

爲了感謝您配合本診所進行此項流行病學之調查，憑表至櫃台可換取酸痛貼布一份。