

致大康自然健康中心：

本人\_\_\_\_\_ (身份证号码 \_\_\_\_\_), 明白贵中心之主诊医生，袁大明，于 1982 年在加拿大获得脊骨神经科医生 (Doctor of Chiropractic) 资格；1984 年获美国同类疗法医学院 (American Academy of Homeopathic Medicine) 颁授会士 (Fellow) 荣誉；1986 年再获得自然疗法医生 (Doctor of Naturopathy) 资格；1987 年在印度获得同类疗法文凭 (Diploma in Homeotherapeutic)。目前他是亚洲同类疗法医学联盟的副主席，中华自然疗法世界总会的顾问兼副主席。

袁大明同类疗法医生 / 自然疗法医生 / 注册脊骨神经科医生 / 表列中医，并不是根据香港法例第一六一章医生条例第十四或第十四 A 节之要求注册执业的一般对抗性「医疗人员」(Allopathic Medical Practitioner) 「俗称西医」。

大康自然健康中心提供的所有产品只用作增进健康之用，并不用作：

- (a) 诊断、治疗、缓和、减轻或预防疾病或其它任何征状；
- (b) 诊断、治疗、缓和、减轻任何异常的身体或生理状态或其它任何征状；
- (c) 更改、调节、矫正或恢复任何器官功能

于人或动物身上。

日期 \_\_\_\_\_

病人签署

接受治疗原因：

- 只希望处理现时之健康状况
- 整体地改善体质
- 抗衰老达到大康境界

请指出你现时一般感觉之程度(最差 0 ⇄ 10 最好)：\_\_\_\_\_

# 大康自然健康中心

## OPTIMUM HEALTH CENTRE

香港铜锣湾渣甸街 54-58 号富盛商业大厦二楼  
2/F, Prosperous Commercial Building, 54 - 58 Jardine's Bazaar, Causeway Bay, Hong Kong  
电话 Tel: (852) 2577-3798 图文传真: (852) 2890-8469  
电子邮件 Email : info@naturalhealing.com.hk  
网址 Web Site: www.naturalhealing.com.hk

### 同类疗法病录

病人编号 :

日期 :

姓名 :

年龄 :

性别 :

出生日期 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

出生时间 : \_\_\_\_\_ 时 \_\_\_\_\_ 分 (上午 / 下午)

身份证号码 :

职业 : (工作性质)

电话号码 :

地址 : \_\_\_\_\_ 室 \_\_\_\_\_ 楼 \_\_\_\_\_ 座

- 住宅 :

\_\_\_\_\_ 大厦/屋苑

- 公司 :

\_\_\_\_\_ 号 \_\_\_\_\_ 街/道

- 手机 :

\_\_\_\_\_ 地区

传真号码 :

\_\_\_\_\_ 国家

\_\_\_\_\_ 邮政编码

电邮 :

我希望收到以下信息 :

大康自然健康中心

「源」网台

以哪种版本?

中文版本

英文版本

介绍人 : \_\_\_\_\_

采用: 自然疗法、脊骨神经科、同类疗法、针灸、营养疗法、按摩、芳香疗法、水疗、浣肠疗法、草药疗法、计算机测试及各类健康用品食物、书籍等。

Practice of: Naturopathy, Chiropractic, Homeopathy, Acupuncture, Nutrition, Massage, Aromatherapy, Hydrotherapy, colonics, Herbalogy,  
Computerized Therapeutic Testing, Various Health Products, Food, Books, etc.

如问题不适用, 请填上 X 符号。

2

(机密资料)

(请小心阅读下列问题, 加以考虑后作答)

主要病苦及其他连带有关不适: (必须填写)

(现有病的详尽历史, 如何开始及详细过程日期)

**始源或起因 :**

你能否追索现有疾病之起源? 在某种状况或环境、意外、生病、某种事情或精神打击下发生? (例如: 受惊、忧虑、吃错食物、过份劳动、受凉、受热等等?)

请回答下列有关你健康的详细情形, 特别需要形容身体生病后发生的改变或特异的症候, 不能有任何遗漏。试准确地形容不适的部位及感受, 在甚么情况下会加强或减少疾病的不适。

- 你有没有感觉昏晕; 在甚么环境下会晕?
- 你有无轻浮的感觉; 形容如何发生或甚么时间更坏。
- 头部有否不适?
- 有无头痛? 详细形容何时开始, 如何会增加, 从甚么部位开始及扩展到哪部位?
  - 眼或视力
  - 耳或听觉
  - 鼻或嗅觉
  - 脸部或脸部表情
  - 口部或味觉
    - 是否太干或过多唾液?
    - 舌头: (请形容其状态)
      - 有没有裂痕、凹痕、震颤等情况?
      - 如有刷苔, 请形容其颜色及质地
  - 牙齿
  - 齿龈(例如: 出血)
  - 口唇
  - 咽喉(包括扁桃腺):

---

\*当您回答问题时, 答案力求详尽及仔细。如果空间不足, 请用其他纸张填写并附在此问卷内。请描述任何您认为关于您个人的重要资料。请谨记, 我们将基于您提供正确和详尽的数据来处方。

喜爱请用圆型圈选  喜愛 厌恶请用三角圈选  厭惡 3

**胃口 :** - 那种食物您会特別喜爱或厌恶?

(例如 : 咸、酸、辣、甜、浓味食物、牛乳、蛋类、脂肪或煎炸食物、冷饮、咖啡、茶、酒类等等)

- 您饥饿的感觉如何? 很少、正常或难以忍受?
- 甚么时间最甚?
- 您现时的食量如何? 比以前少、一样或增加?
- 进食后有否不适? 如痛、烧、沉重、欲睡的感觉?

- 口渴 : 您每天喝多少水、每次多少? 你喜爱温水、不冷不热的水、冷水或冰水?

**腹部 :** - 腹部有否膨胀的感觉? 如果有, 何时?

- 您有无排出气体? 上或下的动作? 排气后是否感到舒减?

- 直肠及肛门 : 有无痛楚、烧热感、脱垂、痔等等。如有的话, 是否在大便前、中、后愈严重?

**大便 :** - 您如厕多少次? 请描述其份量、颜色及连续性; 它有否臭味?

- 您要否用力才能把软性的大便排出?
- 假如您有便秘的话, 请记忆一下您是否全无排便的欲念抑或每次想排便都不成功?

**小便 :** - 请提供次数、份量、颜色、气味等:

- 小便时有否困难? 是否很久才能开始, 中途中断、虚弱、点滴流下?
- 是否有些位置令您较容易排尿?
- 您在晚上排尿多少次?
- 有否失禁现象?
- 有否烧热的感觉? 如果有, 在排尿之前、排尿时或排尿后出现?

**性事问题 :**

- 您有否过强欲念或厌恶?
- 有否受性困扰?
- 有否在性交后感到不安? 如果有, 描述如何?

**男性 :**

- 您有否夜遗现象?
- 有否不能进行性事的现象或过早射精?

**女性 :**

- 月经 : 是否定期?
- 在那个年龄开始? 之后曾否出现过问题?
- 月经周期间相差多少日? 经血流量的日数?
- 月经流量, 是否有任何份量、颜色或连续性的改变?

- 月经停止后，您的感觉如何？
- 您以前在月经来时，之前或之后有否不适？请形容一下：
- 在月事来临时或之后，您感到较好或较差？
- 有没有白色分泌物？

如果有，请描述其性质、颜色、连续性及分泌物的气味。何时及在何情况下，分泌物会增加或减少？

- 您是否容易患伤风？
- 您的胸或心脏有否问题？
- 您的声线或语言有否问题？
- 呼吸有没有困难？

如果有，在何种情况下更差？

- 您有否咳？

请形容何时及何种情况下令您更咳，是否干咳？请形容其痰沫。

- 您的背、四肢或关节有否毛病，请详述：
- 您有否任何痛症，它们会否转移？向何部份伸延？
- 皮肤有否不妥？例如脱色、痕痒、发疹溃伤、肉赘等？
- 指甲有无不妥？
- 头发有无不妥，如甩发、变灰、稀疏或过盛？

## 睡眠

- 您睡眠的情况如何？
- 您睡眠的姿势如何：躺睡、侧睡、俯睡？
- 您是否可以在任何位置均能入睡？
- 您睡觉后是否感到清醒或更差？
- 您会否发梦？

如经常造梦，请形容梦的性质及梦中所见事物：

## 汗

- 出汗的份量如何？身体哪部位出汗最多及何时？是冷汗或是热汗？
- 有否酸味或恶臭？会否染污衣服？
- 您会否容易经常发烧或发冷？如果是，是何种原因导致？何时出现？
- 您的体重或体型最近有否增减或在病发后才改变？

如果是，有否留意在身体哪一部份最明显？

- 您的身体是否只是一边有毛病？或一边毛病较严重？
- 会否由一边轻移往另一边？或交替出现毛病或转移？
- 伤口是否很慢才痊愈？
- 伤口是否容易出现脓液？
- 您是否容易出血？
- 您有否发抖的现象？如果有，在何时及何种情况下？

请指出您如何受下列情况影响或对下列情况作出反应？您是否为下列任何一种情况感到 **不安** 或感受 **更佳**？

1. 一般温暖的感觉；温暖的床、房间等： 不安 / 更佳

2. 一般冷的感觉；冷空气、冷风等： 不安 / 更佳

3. 天气：干燥、潮湿、冷、多云等： 不安 / 更佳

4. 雷雨： 不安 / 更佳

5. 户外空气；风扇： 不安 / 更佳

6. 近海或在山上： 不安 / 更佳

7. 活动或静止；快或慢的动作： 不安 / 更佳

8. 位置与姿势：

仰卧、侧躺、俯卧等： 不安 / 更佳

坐、立、起身、弯腰等： 不安 / 更佳

向上望、向下望等： 不安 / 更佳

9. 触摸、受压或按摩： 不安 / 更佳

10. 光线、噪音、气味等： 不安 / 更佳

11. 睡眠、午睡或失眠等： 不安 / 更佳

12. 进食或饮水： 不安 / 更佳

之前、进行中或之后：

断食： 不安 / 更佳

对您有影响或导致不适的食物和饮品，如：

椰菜、冷饮料、蛋、脂肪、鱼、煎炸食品、水果、牛奶、洋葱、马铃薯、豆类、酸味食品、甜品等等。

13. 情绪、忧虑、悲伤、欢乐等： 不安 / 更佳

在重要事项来临之前： 不安 / 更佳

14. 费力过度；脑力、体力、阅读、讲话等： 不安 / 更佳

15. 在人群中： 不安 / 更佳

16. 上下楼梯，在升降机内： 不安 / 更佳

17. 清洗或沐浴时喜欢用 冻水 / 暖水（你喜欢沐浴吗？ 喜欢 / 不喜欢）

18. 在阳光下： 不安 / 更佳

19. 流汗、小便、大便等： 不安 / 更佳

20. 向上排气或向下： 不安 / 更佳

21. 衣服如羊毛质、棉质、紧身衣服： 不安 / 更佳

22. 在二十四小时内哪些时候感觉最佳或最坏：

23. 旅行：在公共汽车、火车、飞机内： 不安 / 更佳

24. 您的问题是否周期性出现或恶化： 是 / 否

如果是 - 例如：每天、隔天、每周、双周、每月、每年、新月、月圆等？

25. 它们是否 突发性 / 慢慢出现或突然消失 / 慢慢消失？

26. 天气及季节：夏季（不安 / 更佳）、冬季（不安 / 更佳）、多云（不安 / 更佳）、下雨（不安 / 更佳）等：

27. 摆撼、扯动等： 不安 / 更佳

28. 音乐及舞蹈： 不安 / 更佳

29. 改变姿势： 不安 / 更佳

30. 如果您便秘或腹泻时，您的健康状态如何？

**您有否留意到您的精神状态有任何明显变化?**

**如果有, 请详述 :**

**您有否变得 : (请圈选答案)**

忧虑或害怕某些事情如动物、孤独、黑暗、死亡、疾病、遇劫、突来的声响、雷声、高处等?

疑惑? 困惑?

无耐性? 急速? 缓慢?

过敏?

易发怒? 易吵架? 粗暴? 恣虐等?

情绪低落、忧郁、沉思等?

自大、骄傲?

厌恶某些事物? 或自杀倾向?

妒忌?

善变? 不能下决定?

害羞? 胆小? 懦弱?

对任何事物漠不关心, 如公事、亲属等?

不安?

紧张或兴奋? 如果是, 什么会令您这么紧张呢?

沉默或多言?

满脑子性事?

您是否情感丰富?

您是否容易哭泣或叹息? 如果是, 什么令您哭泣? 您在哭泣后感觉如何?

您对被同情的感受及反应如何?

您对被反驳的感受及反应如何?

您是否压抑情绪?

您有否任何虚构的感受或恐惧?

您是否容易受惊? 如果是, 何时?

您的智能及记忆力如何?

您是否有犯错? 如果有, 哪类错误?

您是否对某些事情后悔?

您是否因任何个人、家庭、经济、社交或有关的问题而严重困扰? 如果是, 请详述您的处境?

**以前病历 :**

列出迄今曾患过的大病(包括意外、食物中毒等)如虐疾、伤寒、麻疹、天花、肺膜炎等, 请提供患病日期及时间:  
请回答您每种病后是否完全康复?

(女性若曾经堕胎、流产等, 请详述, 及描述怀孕期的健康)

您曾否受过重大的打击、哀伤、失望、受惊、情绪失落等?

如果有, 请详述 :

您身体哪一部份有异常、肿胀、麻痹、瘫痪等?

您曾否患任何皮肤毛病? 如果有, 它是怎样痊愈的?

您曾否患性病?

您曾否注射过疫苗? 多少次? 有何反应?

您是否爱饮酒、吸烟、喝茶、咖啡、吸烟草或服用其他药物? (请提及所用份量)

您是否曾遇意外? 身体或头部有否受伤?

您以前曾否试过失去知觉? 如果有, 何时及为时多久?

您有否用铝质器皿放置食物或煮食?

您有否任何恶习? (例如过量自渎)

您曾否被动物或有毒的昆虫咬过?

#### **儿童病人 :**

几多岁开始出牙、学行及学讲话?

生长与发育是否正常?

母亲在怀孕时有否任何疾病?

儿童出生时是否足月? 是否顺产?

**家庭历史 :** 试述以下人仕之**年龄** 及 **健康状** (如已故, 请提供死亡时的年龄及死因)

父亲 :

母亲 :

兄弟及姊妹 :

已婚或独身?

配偶(妻子或丈夫)

结婚年份 :

在生子女 : (如任何一名子女死亡, 请提供原因)

任何流产或死产?

您有否任何亲属患贫血、癌症、糖尿病、精神病、风湿症或肺结核?

**以前之诊治 :** 陈述所有服用过的药物及治疗(包括手术及其效果), 尽您所知, 记录其结果 :

请列出现时所服用的药物名称及营养补充品:

---



---



---

# 根据症状分析身体化学平衡状态问卷

病人姓名 : \_\_\_\_\_

电话 : \_\_\_\_\_

日期 : \_\_\_\_\_

说明 : 请把每项之其中一个圆圈涂黑

- 如最近半年没有出现症状请留空  
   1: 过往半年只出现一或二次  
  2: 过往一个月只出现一或二次  
   3: 过往一星期都出现一或二次

## 1 2 3 第一组

- 1    对酸性食物反胃  
2    常起鹅皮, 发冷  
3    感觉喉咙有结块  
4    口干、眼干、鼻干  
5    腰后心跳加速  
6    紧张 ----- 难以平静  
7    伤口痊愈缓慢  
8    容易作呕 (如擦牙时)  
9    较难放松, 容易吃惊  
10    四肢冰冷及或黏湿  
11    对强光感刺痛  
12    排尿量减少  
13    静下时感觉心跳  
14    胃敏感  
15    食欲减低  
16    常流冷汗  
17    体温容易升高  
18    皮肤怕被触碰  
19    常凝视, 少眨眼  
20    常有胃酸

## 1 2 3 第二组

- 21    上楼梯后感关节强硬  
22    晚上腿部脚趾抽筋  
23    忐忑不安, 神经质的发抖  
24    流眼水或耳水  
25    常眨眼  
26    眼盖浮肿或胀  
27    饭后消化不良  
28    常觉肚饿; 常觉头晕  
29    消化极快  
30    常呕吐  
31    常声沙  
32    呼吸不规则  
33    脉搏慢或不规则  
34    咽喉神经反射缓慢  
35    吞咽困难  
36    交替的便秘和肚泻  
37    神经反应缓慢  
38    较难放松  
39    易流汗  
40    血液循环不良或怕冷  
41    容易患上伤风、哮喘及支气管炎

出生日期 : \_\_\_\_\_

性别 :  男性  女性

电邮 : \_\_\_\_\_

身高 : \_\_\_\_\_

血压 \_\_\_\_\_

体重 : \_\_\_\_\_

脉搏 : \_\_\_\_\_

体温 : \_\_\_\_\_

坐下 : \_\_\_\_\_

血型 : \_\_\_\_\_

躺卧 : \_\_\_\_\_

站立 : \_\_\_\_\_

## 1 2 3 第三组

- 42    因紧张而进食  
43    胃口过大  
44    餐与餐之间常感饥饿  
45    饭前饥饿时感烦燥不安  
46    饥饿时发抖  
47    进食可纾缓疲累感觉  
48    延迟进食会引致头晕  
49    错过进食或延迟进食引致心悸  
50    下午会头痛  
51    过量吃甜品会不适  
52    夜半醒来很难再入睡  
53    下午时段嗜吃糖果或咖啡  
54    感觉忧郁或沮丧  
55    异常偏好甜品或零食

## 1 2 3 第四组

- 56    睡觉时手脚易麻痹  
57    常叹气, 「不够空气感」  
58    感觉呼吸沉重  
59    在高处感不适  
60    在密室要开窗  
61    易伤风和发烧  
62    下午打呵欠  
63    经常昏昏欲睡  
64    足踝肿胀, 晚间尤甚  
65    肌肉抽筋, 尤以运动时更甚  
66    劳动时感呼吸困难  
67    胸口闷痛或延至左臂, 劳动时更甚  
68    容易瘀伤, 四肢出现黑及蓝斑  
69    有贫血倾向  
70    常流鼻血  
71    耳鸣或头部出现杂音  
72    胸骨下抽紧或胸部压迫, 劳动时更差  
73    晕

## 1 2 3 第五组

- 74    皮肤干燥  
75    足部炽热  
76    视觉模糊  
77    皮肤及脚部痕痒  
78    大量脱发  
79    皮肤常出疹  
80    早晨感到口苦涩  
81    排便感痛楚或困难  
82    忧虑, 没有安全感。  
83    恶心, 眼睛对上感头痛  
84    对油腻食物反胃  
85    浅色粪便  
86    脚板脱皮  
87    肩膀间疼痛  
88    常需用轻泻药  
89    粪便软或水状  
90    曾患胆病或胆石  
91    常打喷嚏  
92    发梦、恶梦之类  
93    口臭(有口气)  
94    奶类食物引致不适  
95    怕热  
96    肛门发痒或发热  
97    偏爱甜食

## 1 2 3 第六组

- 98    食肉无味  
99    进食几小时后下腹多气  
100    胃部炽痛, 进食会舒服  
101    舌苔  
102    排放大量臭屁  
103    进食后半至一小时内消化不良, 甚或多至3至4小时  
104    黏液性结肠炎或肠道敏感  
105    进食后多气  
106    进食后胃涨

*symptom\_sur\_chi*

# 根据症状分析身体化学平衡状态问卷

<p><b>1 2 3</b> 第七组 A</p> <p>107 ○○○ 失眠      108 ○○○ 紧张      109 ○○○ 不能增重      110 ○○○ 不能忍受热      111 ○○○ 非常情绪化      112 ○○○ 易脸红      113 ○○○ 晚上流汗      114 ○○○ 皮肤薄及湿      115 ○○○ 体内颤抖      116 ○○○ 心悸      117 ○○○ 胃口增大但体重升      118 ○○○ 休息频率膊上升      119 ○○○ 眼盖及脸抽搐      120 ○○○ 暴燥和不安      121 ○○○ 不能在压力下工作</p>	<p><b>1 2 3</b> 第七组 F</p> <p>157 ○○○ 虚弱及/或头晕      158 ○○○ 慢性疲劳      159 ○○○ 低血压      160 ○○○ 指甲脆弱及/或有纹      161 ○○○ 有风疹倾向      162 ○○○ 有关节炎倾向      163 ○○○ 流汗增多      164 ○○○ 肠道失调      165 ○○○ 血液循环不良      166 ○○○ 足踝肿胀      167 ○○○ 嗜好咸食      168 ○○○ 皮肤出现棕色斑点或变古铜色      169 ○○○ 敏感 ----- 有哮喘倾向      170 ○○○ 伤风感冒后身体虚弱      171 ○○○ 肌肉或神经疲累      172 ○○○ 呼吸系统毛病</p>	<p><b>1 2 3</b> 女性</p> <p>200 ○○○ 容易疲倦      201 ○○○ 经期紧张      202 ○○○ 经痛      203 ○○○ 经前忧郁      204 ○○○ 经血过量及经期过长      205 ○○○ 乳房疼痛      206 ○○○ 经期过密      207 ○○○ 阴道内有分泌物      208 ○○○ 手术停经「子宫 / 卵巢切除手术」      209 ○○○ 停经症状如潮热及其他      210 ○○○ 经血少或经期暂停      211 ○○○ 暗疮，经期时特别严重      212 ○○○ 长期忧郁</p>
<p><b>1 2 3</b> 第七组 B</p> <p>122 ○○○ 体重增加      123 ○○○ 食欲减少      124 ○○○ 易疲累      125 ○○○ 耳鸣      126 ○○○ 日间渴睡      127 ○○○ 怕冷      128 ○○○ 皮肤干或呈鳞状      129 ○○○ 便秘      130 ○○○ 头脑迟钝      131 ○○○ 发粗，脱发      132 ○○○ 起床头痛，日间转好      133 ○○○ 脉搏低于65      134 ○○○ 排尿频密      135 ○○○ 听力受损      136 ○○○ 主动性降低</p>	<p><b>1 2 3</b> 第八组</p> <p>173 ○○○ 忧虑      174 ○○○ 暴燥      175 ○○○ 病态恐惧      176 ○○○ 病情没有好转      177 ○○○ 健忘      178 ○○○ 消化不良      179 ○○○ 食欲不振      180 ○○○ 嗜好甜食      181 ○○○ 肌肉酸痛      182 ○○○ 抑郁；恐惧的感觉      183 ○○○ 怕喧闹      184 ○○○ 幻听      185 ○○○ 没理由地哭泣倾向      186 ○○○ 头发粗糙和/或变薄      187 ○○○ 虚弱      188 ○○○ 疲累      189 ○○○ 皮肤怕被触碰      190 ○○○ 有患荨麻疹的倾向      191 ○○○ 神经紧张      192 ○○○ 头痛      193 ○○○ 失眠      194 ○○○ 焦虑      195 ○○○ 厌食      196 ○○○ 能集中；迷惘      197 ○○○ 经常鼻塞；鼻窦感染      198 ○○○ 对某些食物过敏      199 ○○○ 关节过于松动</p>	<p><b>1 2 3</b> 男性</p> <p>213 ○○○ 前列腺问题      214 ○○○ 排尿困难或滴尿      215 ○○○ 夜尿频密      216 ○○○ 忧郁      217 ○○○ 腿内侧疼痛或脚跟痛      218 ○○○ 排便不彻底感觉      219 ○○○ 没精力      220 ○○○ 游走式痛楚      221 ○○○ 易疲累      222 ○○○ 想郁动      223 ○○○ 晚间腿部神经性过敏不适      224 ○○○ 性欲下降</p>
<b>病人填写</b> <p>请以严重性顺序填上五项最主要的症状</p>		
<p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p> <p>4 _____</p> <p>5 _____</p>		
<p>备注：</p>		
<p>150 ○○○ 头晕      151 ○○○ 头痛      152 ○○○ 潮热      153 ○○○ 血压增加      154 ○○○ 脸毛或体毛增加（女性）      155 ○○○ 尿含糖份（非糖尿病）      156 ○○○ 有男性倾向（女性）</p>		

体格检查：

外貌、身体习惯姿势、步履等等：

消化系统：

呼吸系统：

血液循环系统：

泌尿生殖器官：

活动：

皮肤：

体重：

高度：

体温：

脉搏：

血压：

呼吸：

特殊数据：

血型：

新陈代谢型：

肺气量：

化验资料：

血液：

尿：

粪便：

痰涎：

X 光线：

心电图：

诊断：

治疗：