

致大康自然健康中心：

本人_____ (身份証號碼_____)，明白貴中心之主診醫生，袁大明，於 1982 年在加拿大獲得脊骨神經科醫生 (Doctor of Chiropractic) 資格；1984 年獲美國同類療法醫學院 (American Academy of Homeopathic Medicine) 頒授會士 (Fellow) 榮譽；1986 年再獲得自然療法醫生 (Doctor of Naturopathy) 資格；1987 年在印度獲得同類療法文憑 (Diploma in Homeotherapeutic)。目前他是亞洲同類療法醫學聯盟的副主席，中華自然療法世界總會的顧問兼副主席。

袁大明同類療法醫生 / 自然療法醫生 / 註冊脊骨神經科醫生 / 表列中醫，並不是根據香港法例第一六一章醫生條例第十四或第十四 A 節之要求註冊執業的一般對抗性「醫療人員」(Allopathic Medical Practitioner) 「俗稱西醫」。

大康自然健康中心提供的所有產品只用作增進健康之用，並不用作：

- (a) 診斷、治療、緩和、減輕或預防疾病或其它任何徵狀；
- (b) 診斷、治療、緩和、減輕任何異常的身體或生理狀態或其它任何徵狀；
- (c) 更改、調節、矯正或恢復任何器官功能

於人或動物身上。

_____ 日期 _____
病人簽署

接受治療原因：

- 只希望處理現時之健康狀況
- 整體地改善體質
- 抗衰老達到大康境界

請指出你現時一般感覺之程度(最差 0 ⇄ 10 最好)： _____

- 大康之家 VIP 會員 (由職員填寫)

大康自然健康中心 OPTIMUM HEALTH CENTRE

香港銅鑼灣渣甸街 54-58 號富盛商業大廈二樓
2/F, Prosperous Commercial Building, 54 - 58 Jardine's Bazaar, Causeway Bay, Hong Kong
電話 Tel: (852) 2577-3798 圖文傳真: (852) 2890-8469
電子郵件 Email : info@naturalhealing.com.hk
網址 Web Site: www.naturalhealing.com.hk

同類療法病錄

病人編號:

日期:

姓名:

年齡:

性別:

出生日期: _____年____月____日

出生時間: _____時____分 (上午/下午)

身份証號碼:

職業: (工作性質)

電話號碼:

地址: _____室 _____樓 _____座

- 住宅:

_____大廈/屋苑

- 公司:

_____號 _____街/道

- 手機:

_____地區

傳真號碼:

_____國家

_____郵遞區號

介紹人:

電郵: _____

我希望收到以下資訊:

大康自然健康中心

「源」網台

以哪種版本?

中文版本

英文版本

採用: 自然療法、脊骨神經科、同類療法、針灸、營養療法、按摩、芳香療法、水療、洗腸療法、草藥療法、電腦測試及各類健康用品食物、書籍等。

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

(機密資料)

(請小心閱讀下列問題，加以考慮後作答)

主要病苦及其他連帶有關不適:

(現有病的詳盡歷史，如何開始及詳細過程日期)

*patient-form-chi***始源或起因:**

你能否追索現有疾病之起源？在某種狀況或環境、意外、生病、某種事情或精神打擊下發生？(例如：受驚、憂慮、吃錯食物、過份勞動、受涼、受熱等等?)

請回答下列有關你健康的詳細情形，特別需要形容身體生病後發生的改變或特異的症候，不能有任何遺漏。試準確地形容不適的部位及感受，在甚麼情況下會加強或減少疾病的不適。

- 你有沒有**感覺昏暈**：在甚麼環境下會暈？
- 你有無**輕浮的感覺**：形容如何發生或甚麼時間更壞。
- **頭部**有否不適？
- 有無**頭痛**？詳細形容何時開始，如何會增加，從甚麼部位開始及擴展到哪部位？
 - 眼或視力
 - 耳或聽覺
 - 鼻或嗅覺
 - 臉部或臉部表情
 - 口部或味覺
 - 是否太乾或過多唾液？
 - 舌頭：(請形容其狀態)
 - 有沒有裂痕、凹痕、震顫等情況？
 - 如有脗苔，請形容其顏色及質地
 - 牙齒
 - 齒齦(例如：出血)
 - 口唇
 - 咽喉(包括扁桃腺)：

*當您回答問題時，答案力求詳盡及仔細。如果空間不足夠，請用其他紙張填寫並附在此問卷內。請描述任何您認為關於您個人的重要資料。請謹記，我們將基於您提供正確和詳盡的資料來處方。

胃口:- 那種食物您會特別喜愛或厭惡？

(例如：鹹、酸、辣、甜、濃味食物、牛乳、蛋類、脂肪或煎炸食物、冷飲、咖啡、茶、酒類等等)

- 您饑餓的感覺如何？很少、正常或難以忍受？
- 甚麼時間最甚？
- 您現時的食量如何？比以前少、一樣或增加？
- 進食後有否不適？如痛、燒、沉重、欲睡的感覺？

- **口渴:**您每天喝多少水、每次多少？你喜愛溫水、不冷不熱的水、冷水或冰水？

腹部:- 腹部有否膨脹的感覺？如果有，何時？

- 您有無排出氣體？上或下的動作？排氣後是否感到舒減？

- **直腸及肛門:**有無痛楚、燒熱感、脫垂、痔等等。如有的話，是否在大便前、中、後愈嚴重？

大便:- 您如廁多少次？請描述其份量、顏色及連續性；它有否臭味？

- 您要否用力才能把軟性的大便排出？
- 假如您有便秘的話，請記憶一下您是否全無排便的慾念抑或每次想排便都不成功？

小便:- 請提供次數、份量、顏色、氣味等：

- 小便時有否困難？是否很久才能開始，中途中斷、虛弱、點滴流下？
- 是否有些位置令您較容易排尿？
- 您在晚上排尿多少次？
- 有否失禁現象？
- 有否燒熱的感覺？如果有，在排尿之前、排尿時或排尿後出現？

性事問題:

- 您有否過強慾念或厭惡？
- 有否受性困擾？
- 有否在性交後感到不安？如果有，描述如何？

男性:

- 您有否夜遺現象？
- 有否不能進行性事的現象或過早射精？

女性:

- 月經：是否定期？
- 在那個年齡開始？之後曾否出現過問題？
- 月經週期間相差多少日？經血流量的日數？
- 月經流量，是否有任何份量、顏色或連續性的改變？

- 月經停止後，您的感覺如何？
- 您以前在月經來時，之前或之後有否不適？請形容一下：
- 在月事來臨時或之後，您感到較好或較差？
- 有沒有白色分泌物？

如果有，請描述其性質、顏色、連續性及分泌物的氣味。何時及在何情況下，分泌物會增加或減少？

- 您是否容易患傷風？
- 您的胸或心臟有否問題？
- 您的聲線或語言有否問題？
- 呼吸有沒有困難？

如果有，在何種情況下更差？

- 您有否咳？

請形容何時及何種情況令您更咳，是否乾咳？請形容其痰沫。

- 您的背、四肢或關節有否毛病，請詳述：
- 您有否任何痛症，它們會否轉移？向何部份伸延？
- 皮膚有否不妥？例如脫色、痕癢、發疹潰瘍、肉贅等？
- 指甲有無不妥？
- 頭髮有無不妥，如用髮、變灰、稀疏或過盛？

睡眠

- 您睡眠的情況如何？
- 您睡眠的姿勢如何：躺睡、側睡、俯睡？
- 您是否可以在任何位置均能入睡？
- 您睡覺後是否感到清醒或更差？
- 您會否發夢？

如經常造夢，請形容夢的性質及夢中所見事物：

汗

- 出汗的份量如何？身體哪部位出汗最多及何時？是冷汗或是熱汗？
- 有否酸味或惡臭？會否染污衣服？
- 您會否容易經常發燒或發冷？如果是，是何種原因導致？何時出現？
- 您的體重或體型最近有否增減或在病發後才改變？

如果是，有否留意在身體哪一部份最明顯？

- 您的身體是否只是一邊有毛病？或一邊毛病較嚴重？

會否由一邊輕移往另一邊？或交替出現毛病或轉移？

- 傷口是否很慢才痊癒？
- 傷口是否容易出現膿液？
- 您是否容易出血？
- 您有否發抖的現象？如果有，在何時及何種情況下？

請指出您如何受下列情況影響或對下列情況作出反應？您是否為下列任何一種情況感到 **不安** 或感受 **更佳** ？

1. 一般溫暖的感覺；溫暖的床、房間等：
2. 一般冷的感覺；冷空氣、冷風等：
3. 天氣：乾燥、潮濕、冷、多雲等：
4. 雷雨：
5. 戶外空氣；風扇：
6. 近海或在山上：
7. 活動或靜止；快或慢的動作：
8. 位置與姿勢：
 - 仰臥、側躺、俯臥等：
 - 坐、立、起身、彎腰等：
 - 向上望、向下望等：
9. 觸摸、受壓或按摩：
10. 光線、噪音、氣味等：
11. 睡眠、午睡或失眠等：
12. 進食或飲水：
 - 之前、進行中或之後：
 - 斷食：
 - 對您有影響或導致不適的食物和飲品，如：
 - 椰菜、冷飲料、蛋、脂肪、魚、煎炸食品、水果、牛奶、洋蔥、馬鈴薯、豆類、酸味食品、甜品等等。
13. 情緒、憂慮、悲傷、歡樂等：
 - 在重要事項來臨之前：
14. 費力過度；腦力、體力、閱讀、講話等：
15. 在人群中：
16. 上下樓梯，在升降機內：
17. 清洗或沐浴時喜歡用凍水或暖水(你喜歡浸浴嗎？)
18. 在陽光下：
19. 流汗、小便、大便等：
20. 向上排氣或向下：
21. 衣服如羊毛質、棉質、緊身衣服：
22. 在二十四小時內哪些時候感覺最佳或最壞：
23. 旅行：在公共汽車、火車、飛機內：
24. 您的問題是否週期性出現或惡化：
 - 例如：每天、隔天、每週、雙週、每月、每年、新月、月圓等？
25. 它們是否突發性 / 慢慢出現或突然消失 / 慢慢消失？
26. 天氣及季節：夏季、冬季、多雲、下雨等：
27. 搖撼、扯動等：
28. 音樂及舞蹈：
29. 改變姿勢：
30. 如果您便秘或肚瀉時，您的健康狀態如何？

您有否留意到您的精神狀態有任何明顯變化？

如果有，請詳述：

您是否變得：

- 憂慮或害怕某些事情如動物、孤獨、黑暗、死亡、疾病、遇劫、突來的聲響、雷聲、高處等？
- 疑惑？困惑？
- 無耐性？急速？緩慢？
- 過敏？
- 易發怒？易吵架？粗暴？恣虐等？
- 情緒低落、憂鬱、沉思等？
- 自大、驕傲？
- 厭惡某些事物？或自殺傾向？
- 妒忌？
- 善變？不能下決定？
- 害羞？膽小？懦弱？
- 對任何事物漠不關心，如公事、親屬等？
- 不安？
- 緊張或興奮？如果是，什麼會令您這麼緊張呢？
- 沉默或多言？
- 滿腦子性事？

您是否情感豐富？

您是否容易哭泣或嘆息？如果是，什麼令您哭泣？您在哭泣後感覺如何？

您對被同情的感受及反應如何？

您對被反駁的感受及反應如何？

您是否抑壓情緒？

您有否任何虛構的感受或恐懼？

您是否容易受驚？如果是，何時？

您的智能及記憶力如何？

您是否有犯錯？如果有，哪類錯誤？

您是否對某些事情後悔？

您是否因任何個人、家庭、經濟、社交或有關的問題而嚴重困擾？如果是，請詳述您的處境？

以前病歷：

列出迄今曾患過的大病(包括意外、食物中毒等)如虐疾、傷寒、麻疹、天花、肺膜炎等，請提供患病日期及時間：

請回答您每種病後是否完全康復？

(女性若曾經墮胎、流產等，請詳述，及描述懷孕期的健康)

您曾否受過重大的打擊、哀傷、失望、受驚、情緒失落等？

如果有，請詳述：

您身體哪一部份有異常、腫脹、麻痺、癱瘓等？

您曾否患任何皮膚毛病？如果有，它是怎樣痊癒的？

您曾否患性病？

您曾否注射過疫苗？多少次？有何反應？

您是否愛飲酒、吸煙、喝茶、咖啡、吸煙草或服用其他藥物？(請提及所用份量)

您是否曾遇意外？身體或頭部有否受傷？

您以前曾否試過失去知覺？如果有，何時及為時多久？

您有否用鋁質器皿放置食物或煮食？

您有否任何惡習？(例如過量自瀆)

您曾否被動物或有毒的昆蟲咬過？

兒童病人：

幾多歲開始出牙、學行及學講話？

生長與發育是否正常？

母親在懷孕時有否任何疾病？

兒童出生時是否足月？是否順產？

家庭歷史：試述以下人仕之**年齡**及**健康狀況**(如已故，請提供死亡時的年齡及死因)

父親：

母親：

兄弟及姊妹：

已婚或獨身？

配偶(妻子或丈夫)

結婚年份：

在生子女：(如任何一名子女死亡，請提供原因)

任何流產或死產？

您有否任何親屬患貧血、癌症、糖尿病、精神病、風濕症或肺癆？

以前之診治：陳述所有服用過的藥物及治療(包括手術及其效果)，盡您所知，記錄其結果：

10
(由醫生填寫)

體格檢查：

外貌、身體習慣姿勢、步履等等：

消化系統：

呼吸系統：

血液循環系統：

泌尿生殖器官：

活動：

皮膚：

體重：

高度：

體溫：

脈搏：

血壓：

呼吸：

特殊資料：

化驗資料：

血液：

尿：

糞便：

痰涎：

X 光線：

心電圖：

診斷：

治療：