

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

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

介紹人: _____

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.

如問題不適用，請填上 **X** 符號。

2

(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：(必須填寫)

(現有病的詳盡歷史，如何開始及詳細過程日期)

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。

喜愛請用圓型圈選 **喜愛** 厭惡請用三角圈選 **厭惡** 3

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下令您更咳，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： 不安 / 更佳
2. 一般冷的感覺；冷空氣、冷風等： 不安 / 更佳
3. 天氣：乾燥、潮濕、冷、多雲等： 不安 / 更佳
4. 雷雨： 不安 / 更佳
5. 戶外空氣；風扇： 不安 / 更佳
6. 近海或在山上： 不安 / 更佳
7. 活動或靜止；快或慢的動作： 不安 / 更佳
8. 位置與姿勢：
 - 仰臥、側躺、俯臥等： 不安 / 更佳
 - 坐、立、起身、彎腰等： 不安 / 更佳
 - 向上望、向下望等： 不安 / 更佳
9. 觸摸、受壓或按摩： 不安 / 更佳
10. 光線、噪音、氣味等： 不安 / 更佳
11. 睡眠、午睡或失眠等： 不安 / 更佳
12. 進食或飲水： 不安 / 更佳
 - 之前、進行中或之後：
 - 斷食： 不安 / 更佳
 - 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： 不安 / 更佳
 - 在重要事項來臨之前： 不安 / 更佳
14. 費力過度；腦力、體力、閱讀、講話等： 不安 / 更佳
15. 在人群中： 不安 / 更佳
16. 上下樓梯，在升降機內： 不安 / 更佳
17. 清洗或沐浴時喜歡用 凍水 / 暖水（你喜歡浸浴嗎？ 喜歡 / 不喜歡）
18. 在陽光下： 不安 / 更佳
19. 流汗、小便、大便等： 不安 / 更佳
20. 向上排氣或向下： 不安 / 更佳
21. 衣服如羊毛質、棉質、緊身衣服： 不安 / 更佳
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： 不安 / 更佳
24. 您的問題是否週期性出現或惡化： 是 / 否
 - 如果是 - 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（不安 / 更佳）、冬季（不安 / 更佳）、多雲（不安 / 更佳）、下雨（不安 / 更佳）等：
27. 搖撼、扯動等： 不安 / 更佳
28. 音樂及舞蹈： 不安 / 更佳
29. 改變姿勢： 不安 / 更佳
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：

您有否變得：（請圈選答案）

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：

請列出現時所服用的藥物名稱及營養補充品：

根據症狀分析身體化學平衡狀態問卷

病人姓名：_____

電話：_____

日期：_____

說明：請把每項之其中一個圓圈塗黑
 1-輕微，2-中度，3-嚴重
 ● ○ ○ 輕微：最近半年出現一或二次
 ○ ● ○ 中度：最近一個月出現一或二次
 ○ ○ ● 嚴重：最近每星期出現一或二次
 ○ ○ ○ 如果不適用可以留空

電郵：_____

出生日期：_____

性別： 男性 女性

身高：_____

體重：_____

組織鈣：_____

血壓	
脈搏：	_____
坐下：	_____
躺臥：	_____
站立：	_____

- 1 2 3 第一組**
- 1 ○ ○ ○ 對酸性食物反胃
 - 2 ○ ○ ○ 常起鵝皮，發冷
 - 3 ○ ○ ○ 感覺喉嚨有結塊
 - 4 ○ ○ ○ 口乾、眼乾、鼻乾
 - 5 ○ ○ ○ 膳後心跳加速
 - 6 ○ ○ ○ 緊張 ----- 難以平靜
 - 7 ○ ○ ○ 傷口痊癒緩慢
 - 8 ○ ○ ○ 容易作嘔 (如擦牙時)
 - 9 ○ ○ ○ 較難放鬆，容易吃驚
 - 10 ○ ○ ○ 四肢冰冷及或粘濕
 - 11 ○ ○ ○ 對強光感刺痛
 - 12 ○ ○ ○ 排尿量減少
 - 13 ○ ○ ○ 靜下時感覺心跳
 - 14 ○ ○ ○ 胃敏感
 - 15 ○ ○ ○ 食慾減低
 - 16 ○ ○ ○ 常流冷汗
 - 17 ○ ○ ○ 體溫容易升高
 - 18 ○ ○ ○ 皮膚怕被觸碰
 - 19 ○ ○ ○ 常凝視，少眨眼
 - 20 ○ ○ ○ 常有胃酸

- 1 2 3 第三組**
- 42 ○ ○ ○ 因緊張而進食
 - 43 ○ ○ ○ 胃口過大
 - 44 ○ ○ ○ 餐與餐之間常感飢餓
 - 45 ○ ○ ○ 飯前飢餓時感煩燥不安
 - 46 ○ ○ ○ 飢餓時發抖
 - 47 ○ ○ ○ 進食可舒緩疲累感覺
 - 48 ○ ○ ○ 延遲進食會引致頭暈
 - 49 ○ ○ ○ 錯過進食或延遲進食引致
 - 50 ○ ○ ○ 下午會頭痛
 - 51 ○ ○ ○ 過量吃甜品會不適
 - 52 ○ ○ ○ 夜半醒來很難再入睡
 - 53 ○ ○ ○ 下午時段嗜吃糖果或咖啡
 - 54 ○ ○ ○ 感覺憂鬱或沮喪
 - 55 ○ ○ ○ 異常偏好甜品或零食

- 1 2 3 第五組**
- 74 ○ ○ ○ 皮膚乾躁
 - 75 ○ ○ ○ 足部熾熱
 - 76 ○ ○ ○ 視覺模糊
 - 77 ○ ○ ○ 皮膚及腳部痕癢
 - 78 ○ ○ ○ 大量脫髮
 - 79 ○ ○ ○ 皮膚常出疹
 - 80 ○ ○ ○ 早晨感到口苦澀
 - 81 ○ ○ ○ 排便感痛楚或困難
 - 82 ○ ○ ○ 憂慮，沒有安全感。
 - 83 ○ ○ ○ 惡心，眼睛對上感頭痛
 - 84 ○ ○ ○ 對油膩食物反胃
 - 85 ○ ○ ○ 淺色糞便
 - 86 ○ ○ ○ 腳板脫皮
 - 87 ○ ○ ○ 肩膀間疼痛
 - 88 ○ ○ ○ 常需用輕瀉藥
 - 89 ○ ○ ○ 糞便軟或水狀
 - 90 ○ ○ ○ 曾患胆病或膽石
 - 91 ○ ○ ○ 常打噴嚏
 - 92 ○ ○ ○ 發夢、惡夢之類
 - 93 ○ ○ ○ 口臭 (有口氣)
 - 94 ○ ○ ○ 奶類食物引致不適
 - 95 ○ ○ ○ 怕熱
 - 96 ○ ○ ○ 肛門發癢或發熱
 - 97 ○ ○ ○ 偏愛甜食

- 1 2 3 第二組**
- 21 ○ ○ ○ 上樓梯後感關節僵硬
 - 22 ○ ○ ○ 晚上腿部腳趾抽筋
 - 23 ○ ○ ○ 忐忑不安，神經質的發抖
 - 24 ○ ○ ○ 流眼水或耳水
 - 25 ○ ○ ○ 常眨眼
 - 26 ○ ○ ○ 眼蓋浮腫或脹
 - 27 ○ ○ ○ 飯後消化不良
 - 28 ○ ○ ○ 常覺肚餓；常覺頭暈
 - 29 ○ ○ ○ 消化極快
 - 30 ○ ○ ○ 常嘔吐
 - 31 ○ ○ ○ 常聲沙
 - 32 ○ ○ ○ 呼吸不規則
 - 33 ○ ○ ○ 脈膊慢或不規則
 - 34 ○ ○ ○ 咽吞神經反射緩慢
 - 35 ○ ○ ○ 吞嚥困難
 - 36 ○ ○ ○ 交替的便秘和肚瀉
 - 37 ○ ○ ○ 神經反應緩慢
 - 38 ○ ○ ○ 較難放鬆
 - 39 ○ ○ ○ 易流汗
 - 40 ○ ○ ○ 血液循環不良或怕冷
 - 41 ○ ○ ○ 容易患上傷風、哮喘及支氣管炎

- 1 2 3 第四組**
- 56 ○ ○ ○ 睡覺時手脚易麻痺
 - 57 ○ ○ ○ 常嘆氣，「不夠空氣感」
 - 58 ○ ○ ○ 感覺呼吸沉重
 - 59 ○ ○ ○ 在高處感不適
 - 60 ○ ○ ○ 在密室要開窗
 - 61 ○ ○ ○ 易傷風和發燒
 - 62 ○ ○ ○ 下午打呵欠
 - 63 ○ ○ ○ 經常昏昏欲睡
 - 64 ○ ○ ○ 足踝腫脹，晚間尤甚
 - 65 ○ ○ ○ 肌肉抽筋，尤以運動時更
 - 66 ○ ○ ○ 勞動時感呼吸困難
 - 67 ○ ○ ○ 胸口悶痛或展延至左臂，勞動時更甚
 - 68 ○ ○ ○ 容易瘀傷，四肢出現黑及藍斑
 - 69 ○ ○ ○ 有貧血傾向
 - 70 ○ ○ ○ 常流鼻血
 - 71 ○ ○ ○ 耳鳴或頭部出現雜音
 - 72 ○ ○ ○ 胸骨下抽緊或胸部壓迫，勞動時更差
 - 73 ○ ○ ○ 暈

- 1 2 3 第六組**
- 98 ○ ○ ○ 食肉無味
 - 99 ○ ○ ○ 進食幾小時後下腹多氣
 - 100 ○ ○ ○ 胃部熾痛，進食會舒服
 - 101 ○ ○ ○ 舌苔
 - 102 ○ ○ ○ 排放大量臭屁
 - 103 ○ ○ ○ 進食後半至一小時內消化不良，甚或多至3至4小時
 - 104 ○ ○ ○ 黏液性結腸炎或腸道敏感
 - 105 ○ ○ ○ 進食後多氣
 - 106 ○ ○ ○ 進食後胃漲

symptom_sur_chi

根據症狀分析身體化學平衡狀態問卷

1 2 3	第七組 A	1 2 3	第七組 F	1 2 3	女性
107	○ ○ ○ 失眠	157	○ ○ ○ 虛弱及/或頭暈	200	○ ○ ○ 容易疲倦
108	○ ○ ○ 緊張	158	○ ○ ○ 慢性疲勞	201	○ ○ ○ 經期緊張
109	○ ○ ○ 不能增重	159	○ ○ ○ 低血壓	202	○ ○ ○ 經痛
110	○ ○ ○ 不能忍受熱	160	○ ○ ○ 指甲脆弱及/或有紋	203	○ ○ ○ 經前憂鬱
111	○ ○ ○ 非常情緒化	161	○ ○ ○ 有風疹傾向	204	○ ○ ○ 經血過量及經期過長
112	○ ○ ○ 易臉紅	162	○ ○ ○ 有關節炎傾向	205	○ ○ ○ 乳房疼痛
113	○ ○ ○ 晚上流汗	163	○ ○ ○ 流汗增多	206	○ ○ ○ 經期過密
114	○ ○ ○ 皮膚薄及濕	164	○ ○ ○ 腸道失調	207	○ ○ ○ 陰道內有分泌物
115	○ ○ ○ 體內顫抖	165	○ ○ ○ 血液循環不良	208	○ ○ ○ 手術停經「子宮 / 卵巢切除手術」
116	○ ○ ○ 心悸	166	○ ○ ○ 足踝腫脹	209	○ ○ ○ 停經症狀如潮熱及其他
117	○ ○ ○ 胃口增大但體重不升	167	○ ○ ○ 嗜好咸食	210	○ ○ ○ 經血少或經期暫停
118	○ ○ ○ 休息時脈膊上升	168	○ ○ ○ 皮膚出現棕色斑點或變古銅色	211	○ ○ ○ 暗瘡，經期時特別嚴重
119	○ ○ ○ 眼蓋及臉抽搐	169	○ ○ ○ 敏感 ---- 有哮喘傾向	212	○ ○ ○ 長期憂鬱
120	○ ○ ○ 暴躁和不安	170	○ ○ ○ 傷風感冒後身體虛弱		
121	○ ○ ○ 不能在壓力下工作	171	○ ○ ○ 肌肉或神經疲累	1 2 3	男性
1 2 3	第七組 B	172	○ ○ ○ 呼吸系統毛病	213	○ ○ ○ 前列線問題
122	○ ○ ○ 體重增加	1 2 3	第八組	214	○ ○ ○ 排尿困難或滴尿
123	○ ○ ○ 食慾減少	173	○ ○ ○ 憂慮	215	○ ○ ○ 夜尿頻密
124	○ ○ ○ 易疲累	174	○ ○ ○ 暴躁	216	○ ○ ○ 憂鬱
125	○ ○ ○ 耳鳴	175	○ ○ ○ 病態恐懼	217	○ ○ ○ 腿內側疼痛或腳跟痛
126	○ ○ ○ 日間渴睡	176	○ ○ ○ 病情沒有好轉	218	○ ○ ○ 排便不徹底感覺
127	○ ○ ○ 怕冷	177	○ ○ ○ 健忘	219	○ ○ ○ 沒精力
128	○ ○ ○ 皮膚乾或呈鱗狀	178	○ ○ ○ 消化不良	220	○ ○ ○ 遊走式痛楚
129	○ ○ ○ 便秘	179	○ ○ ○ 食慾不振	221	○ ○ ○ 易疲累
130	○ ○ ○ 頭腦遲鈍	180	○ ○ ○ 嗜好甜食	222	○ ○ ○ 不想運動
131	○ ○ ○ 髮粗，脫髮	181	○ ○ ○ 肌肉酸痛	223	○ ○ ○ 晚間腿部神經性過敏不適
132	○ ○ ○ 起床頭痛，日間轉好	182	○ ○ ○ 抑鬱；恐懼的感覺	224	○ ○ ○ 性慾下降
133	○ ○ ○ 脈膊低於65	183	○ ○ ○ 怕喧鬧		
134	○ ○ ○ 排尿頻密	184	○ ○ ○ 幻聽		
135	○ ○ ○ 聽力受損	185	○ ○ ○ 沒理由地哭泣傾向		
136	○ ○ ○ 主動性降低	186	○ ○ ○ 頭髮粗糙和/或變薄		
1 2 3	第七組 C	187	○ ○ ○ 虛弱		
137	○ ○ ○ 記憶力衰退	188	○ ○ ○ 疲累		
138	○ ○ ○ 低血壓	189	○ ○ ○ 皮膚怕被觸碰		
139	○ ○ ○ 性慾增加	190	○ ○ ○ 有患蕁麻疹的傾向		
140	○ ○ ○ 頭痛欲裂	191	○ ○ ○ 神經緊張		
141	○ ○ ○ 甜吃食慾下降	192	○ ○ ○ 頭痛		
1 2 3	第七組 D	193	○ ○ ○ 失眠		
142	○ ○ ○ 異常口渴	194	○ ○ ○ 焦慮		
143	○ ○ ○ 腹脹	195	○ ○ ○ 厭食		
144	○ ○ ○ 臀部或腰部肥胖	196	○ ○ ○ 不能集中；迷惘		
145	○ ○ ○ 性慾降低或缺乏	197	○ ○ ○ 經常鼻塞；鼻竇感染		
146	○ ○ ○ 容易患有潰瘍及/或結腸炎	198	○ ○ ○ 對某些食物過敏		
147	○ ○ ○ 甜吃食慾增加	199	○ ○ ○ 關節過於鬆動		
148	○ ○ ○ 女性：月經紊亂				
149	○ ○ ○ 少女：沒有經期				
1 2 3	第七組 E				
150	○ ○ ○ 頭暈				
151	○ ○ ○ 頭痛				
152	○ ○ ○ 潮熱				
153	○ ○ ○ 血壓增加				
154	○ ○ ○ 臉毛或體毛增加（女性）				
155	○ ○ ○ 尿含糖份（非糖尿病）				
156	○ ○ ○ 有男性傾向（女性）				

病人填寫

請以嚴重性順序填上五項最主要的症狀

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

備註：

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：