

ENDOSCOPY BOOKING FORM

姓名 : _____ 預約日期及時間 Appointment Date & Time: _____
 Name (Eng) _____ (Chi) _____
 性別/ 年齡 : _____ 內窺鏡醫生 Endoscopy Dr: _____
 Sex/ Age _____ 體重 Weight: _____
 身份證號碼 : _____
 ID card No. _____
 電話 : _____ 病徵及診斷 Clinical Finding & Diagnosis: _____
 Tel No. _____
 轉介醫生 : _____
 Referring Dr _____

病歷 Medical History

		有	沒有			有	沒有
		Yes	No			Yes	No
過敏歷史	Allergy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	懷孕	Pregnancy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
哮喘	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	腎病	Renal Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
出血傾向	Bleeding Tendency	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	肌酐 _____	Creatinine _____ mg/dl		
癌症	Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	羊癇症	Seizure Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
慢性阻塞性呼吸道疾病	COAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	甲狀腺疾病	Thyroid Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
中風	CVA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	結核病	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
糖尿病	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手術紀錄	Previous Operation(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
青光眼	Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(請說明 Pls specify) _____			
心臟病	Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	地中海貧血	Thalassaemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
甲/ 乙/ 丙型肝炎	Hepatitis A/ B/ C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	飲酒習慣	Alcohol Habit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
高血壓	Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	吸煙習慣	Smoking Habit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
痔瘡、直腸出血	Piles or rectal bleeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	愛滋病帶菌者	HIV Carrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
胃、十二指腸潰瘍	Stomach or duodenal disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	性病	Sexually Transmitted Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

配帶物品 Wearing Objects

		有	沒有			有	沒有
		Yes	No			Yes	No
假眼	Artificial Eyes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	固定假牙	Fixed Dentures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
隱形眼鏡	Contact Lens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可脫除假牙	Removable Dentures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
首飾、髮夾	Accessories, Hair Pins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	假髮	Wigs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

內窺鏡程序 Endoscopy Procedure

- 食道、胃及十二指腸內窺鏡 OGD
 大腸內窺鏡 Colonoscopy
 膀胱內窺鏡 Cystoscopy
 其他 (請註明) Others (Please specify) _____

可能包括之程序 Procedure may be included

- 取組織樣本 Biopsy
 瘻肉切除 Polypectomy