

REMOTE PATIENT QUESTIONNAIRE 遠距病人問診單

Date 日期: _____ / _____ / _____ Age 年齡: _____	Gender 性別: <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
	Height 身高: _____ Weight 體重: _____
Name 姓名: _____	BP 血壓: _____ / _____ mmHg Pulse 心跳: _____ /min 分

Chief Complain 主要問題: _____

Fever 發燒: Yes 有 No 沒有 _____ °F/°C Weak of limbs 四肢無力: Yes 有 No 沒有

Chill 畏寒: Yes 有 No 沒有 Sweat 出汗: Yes 有 No 沒有 口渴: Yes 有 No 沒有

Headache 頭痛: Yes 有 No 沒有 If yes, where 部位: Forehead 前額 Side 側頭 Top 頭頂 Back 後頭

Shortness of Breath 呼吸急促: Yes 有 No 沒有 Chest Pain 胸痛: Yes 有 No 沒有

Stuffy Nose 鼻塞: Yes 有 No 沒有 Runny Nose 鼻涕: Yes 有 No 沒有

Loss of smell or taste 嗅覺或味覺改變: Yes 有 No 沒有 Rash 出疹: Yes 有 No 沒有

Cough 咳嗽: Yes 有 No 沒有 If yes, trigger from 如回答有, 部位: Throat 喉 Chest 胸

Phlegm 咳痰: Yes 有 No 沒有 Phlegm Type 型態: Normal 一般 Sticky 黏 Foamy 泡沫狀

If yes, color of phlegm is 如有, 痰顏色為: White 白 Yellow/Green 黃/綠 Brown 咖啡色 Blood 帶血

Vomit/Nausea 嘔吐/噁心: Yes 有 No 沒有 Diarrhea 腹瀉: Yes 有 No 沒有

Redness of Conjunctiva 結膜充血: Yes 有 No 沒有

History 病史: _____

Circle current pain area 疼痛:

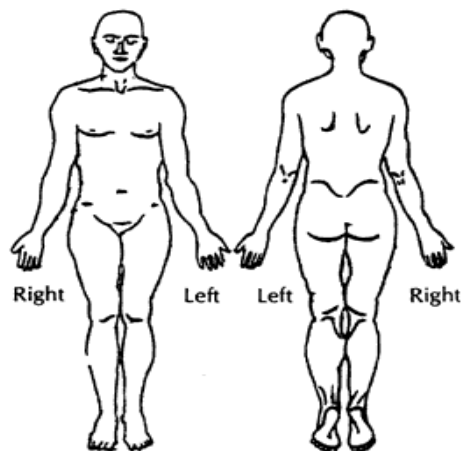
Pain Level 疼痛程度: _____ / 10;

Pain Frequency 頻率: _____ / _____

Sharp Pain 刺痛 Dull Pain 鈍痛

Numb 麻木 Stiffness 僵硬

Tingling 麻癢 Swelling 腫脹



Patient Signature: _____

Date: _____