

REMOTE PATIENT QUESTIONNAIRE 遠距病人問診單

Date 日期: ____ / ____ / ____ Age 年齡: ____

Name 姓名: _____

Gender 性別: ☐ Male 男 ☐ Female 女

Height 身高: _____ Weight 體重: _____

BP 血壓: _____ / _____ mmHg Pulse 心跳: _____ /min 分

Chief Complain 主要問題: _____

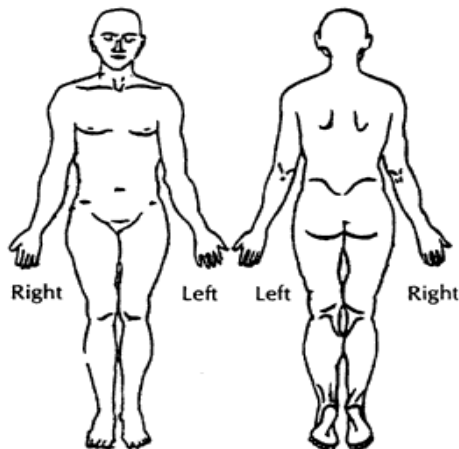
Fever 發燒: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 _____ °F/°C Weak of limbs 四肢無力: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有Chill 畏寒: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 出汗: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 口渴: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有Headache 頭痛: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 If yes, where 部位: _____Shortness of Breath 呼吸急促: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 Chest Pain 胸痛: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有Stuffy Nose 鼻塞: ☐ Yes 有 ☐ No 沒有 Runny Nose 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 Type 型態: ☐ Normal 一般 ☐ Sticky 黏 ☐ Foamy 泡沫狀If yes, color is 如有, 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: _____