

就诊计划工具

请在就诊前填写本表格上半部分

您今天就诊的原因？

您是否对您的药物存在任何问题？

您希望今天还向您的医生交待什么？

请在就诊期间让您的医生填写本表格下半部分

日期：_____ 身高：_____ 体重：_____ 体重指数：_____ 血压：_____

改善健康状况需要采取哪些措施？

(body mass index, BMI)

改善健康状况还需采取哪些措施？

日程：

- 年度健康检查
- 眼科检查
- 牙科检查
- 乳房 X光检查
- 结肠镜检查
- 免疫检查
- 其他：_____

检查以下各项：

- 酒精
- 精神 健康
- 胆固醇
- 糖尿病
- 性传播感染
- 其他：_____

生活方式改变：

- 加强锻炼
- 健康饮食
- 戒烟
- 其他：_____

是否有人伤害过您？ 是 否

您是否喜欢您的护工？ 是 否

是否有人偷过您的东西？ 是 否

我们是否需要回顾我们的谈话？ 是 否



University Center for Excellence in Developmental Disabilities