

姓 _____ 名 _____ 年歲 _____ 性別 _____
 職業 _____ 運動/活動 _____ 出生日期 (月/日/年) _____
 家庭醫生 (姓) _____ (名) _____
 轉介人 _____
 病歷 _____
 是否患糖尿病? ___ 家人是否患糖尿病? ___ 是否患腎病? ___ 是否患肝炎? ___
 是否患愛滋病? ___ 若是女性, 是否懷孕? ___
 現正服食的藥物 _____
 是否對藥物過敏? _____ 對膠紙? _____ 對橡膠? _____
 有何反應? _____ 割傷後會否流血不止? ___
 五年內患過的嚴重疾病 / 做過的手術 _____
 以往腳部受傷 / 腳部手術 _____
 曾否吸煙? ___ 多久? _____ 每天 ___ 包
 有否飲酒習慣? ___ 每天 _____ 杯
 今天為何要到診所? _____

↓醫生專用↓

Vascular R L CFT
 DP
 PT

Neuro
 Prot. Thresh.

Derm R L
 Nails onychocryptotic F T T F
 Dystrophic
 Tinea

R L
 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5
 pinch pinch

MSK R L
 Foot type RCSP everted ⊥
 HAV ↓ stiffness to rays
 Equinus Hallux limitus
 FF valgus LLD
 Pain with palpation @ PF insertion
 Heel raise-pain @

R L
 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5

Assessment/Plan

Rx
 Xray