**加州东方医学院**

**远程患者表（复诊）**

**填报表格**

填表注意事项：

1. 可以打字或手写，手写请务必正楷字迹清楚

2. 无论初诊，或复诊，都需要填写本表

3. 填好后，请注意附件要求和拍摄图片要求

4.下表中涉及选项的问题，可在“□”前复制“**√** ”

姓 名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 拼音：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

性 别：\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

通讯地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 邮 编：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

微 信：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联络电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联络人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 与患者关系：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

填表人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **目前病情简述：**
2. **总体自我感觉效果评估**

□有明显效果

□有所改善

□稍微有效

□没有效果，但病情稳定

□没有效果，且病情发展

□您认为最有效果的表现是：

□您认为应该加强治疗的方面是：

1. **康梭疗法精准个体化医疗临床类型 （ 请仔细了解和填各项）**

**1.** 食欲、体重、睡眠情况

**1）食欲**

□胃口（食欲）基本正常

□不想吃东西，吃了胃里不舒服、或呕吐出

□想吃东西，但不敢吃，吃了肚子胀

□胃口（食欲）减少，吃平时的大约1/3

□胃口（食欲）减少，吃平时的大约1/2

□胃口（食欲）稍微减少

**2） 体重**

□上个月，体重： 公斤

□现在，体重： 公斤

□没有测量

**3） 睡眠**

□目前睡眠正常

□没有患病时睡眠好

□没有患病时睡眠就不好

□目前睡眠不好，属于

□不容易入睡

□可以入睡，但容易醒

□又不容易入睡、又容易醒

□您认为影响睡眠的原意可能是：

2. 临床类型

**1） 气滞病理现象**

□胃中痞满（ 胃中堵闷）

□胃中痞满、食后加重

□全腹胀满

□全腹胀满、兼有疼痛

□以上都没有

**以下症状您是否有：**

□嗳气（容易打类似饱嗝的声响）：□频繁 □有时 □很少

□叹息（容易叹气）：□频繁 □有时 □很少

□呃逆（膈肌痉挛发出的声响）：□频繁 □有时 □很少

□身体任何一个部位胀闷，请列出具体部位：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2） 瘀血病理现象**

□轻度疼痛（1-3级），不用药可忍受

□中度疼痛（4-6级），需口服止痛药

□重度疼痛（7-8级），需吗啡制剂

□最重疼痛（9-10级），需大剂量吗啡，或肌肉注射/静脉吗啡

□以上都没每

**以下由本院医生根据您的舌象图片填写：**

□舌质暗

□有瘀斑

舌下静脉曲张：□1 度 □2度 □3度

**3） 水阻病理现象**

□下肢轻度浮肿

□下肢中度浮肿

□下肢重度浮肿

□肢体浮肿兼 ： 胸水 腹水 胸腹水

□以上都没有

**4） 热毒病理现象 ( 本项由本院医生根据您提供的以医学检查附件分析填写)**

**临床分期**

□热毒一证：

□热毒二证：

□热毒三证：

□热毒四证：

**病理分期：**

□ 热毒一证：

□ 热毒二证：

□ 热毒三证：

□ 热毒四证：

**5） 气虚病理现象**

□轻度疲乏感

□行步乏力、睡不解乏

□懒动嗜睡，或行步依仗

□需坐轮椅，或卧床难起

□以上都没有

**6）血虚病理现象**

以下由本院医生根据您提供的相关图片及实验室附件分析填写：

□面色苍白

□唇色苍白 □手指甲苍白

□眼睑淡白： □1 度 □2度 □3度

□实验红细胞、血红蛋白等减低

□舌象情况：□舌质淡

**7）阴虚病理观察**

□口干、少饮解渴

□口干、频饮难解渴

□口干、频饮不解渴 轻度便干

□口干、频饮或不想饮水 重度便秘

舌象情况：□ 少苔 □光红无苔 □舌体瘦干 （ 舌象由本院医生填写）

**8）阳虚病理现象**

□手足发冷

□手足及全身怕冷

□手足全身怕冷、肢体轻至中度浮肿

□手足全身怕冷、肢体高度浮肿、胸水或腹水

**C. 您需要提供的相关图片与医学检查数据**

**1. 相关图片**

1） 舌象：在自然光线或日光等条件下，患者将舌头自然伸出、拍照；然后将舌尖在口腔内自然上举、拍舌下。

2） 面色、唇色：拍一张面色就行

3） 手指甲：左右手自然平伸、拍包括指甲在内的前半手

4） 眼睑：拍照者一手轻将患者下眼皮拉开，拍照。双眼睑均拍。

**2 医学检查资料**

□没有新的检查

□有新的检查，但我没有报告

□有新的检查，报告附后

提供最新近的X光（ 包括CT、MRI等）、实验室检查数据等。可以是文字部分就行，也可以附上图片。

注：本表格及数据 可发至以下邮箱：

中国大陆地区： hope@consotherapy.com.cn 其他地区：consotherapy@gmail.com