



Yi Zhou, M.D. & Jiaxin Lu, M.D.

6360 Corporate Dr. Suite B
Houston, TX 77036
Phone: 713-981-8898
Fax: 713-271-9859
Text: 832-836-7627

感谢您选择周医生和陆医生

日期: _____ 姓名: _____

生日: _____ 男 / 女 姓: _____

名字 用英文拼写您的姓: _____ 用英文拼写您的名字: _____

社安号: _____ 婚姻状况: _____

地址: _____

电子邮件地址: _____ 您是怎么知道我们诊所的? _____

家庭电话: _____ 手机: (_____) _____

紧急联络人: _____ 电话: (_____) _____

配偶姓名 (親): _____ 电话: (_____) _____

雇主: _____ 地址: _____

主險公司: _____ 保單號碼: _____

被保險人名稱: _____ 社安号: _____

其他保險公司: _____ 保單號碼: _____

我授權我的醫療保險公司支付周医生家庭診所為我的醫療服務.

签名: _____ 日期: _____

(如果未满 18 岁, 父母在这里签字)

我明白, 我将对所有医疗费用负责保险, 包括保险公司未付款額.

签名: _____ 日期: _____

(如果未满 18 岁, 父母在这里签字)



Yi Zhou, M.D. & Jiaxin Lu, M.D.

6360 Corporate Dr. Suite B
Houston, TX 77036
Phone: 713-981-8898
Fax: 713-271-9859
Text: 832-836-7627

姓名: _____ 生日: _____

您咨询诊所的原因: _____

您上一次年度健康检查和血液检查的日期: _____

列出您过敏的药名: _____

列出您正在服用药名: _____

列出您现有病史: _____

列出您既往病史: _____

列出您手术病史: _____

列出您家族病史: _____

您抽煙嗎? 現在吸煙 / 以前吸煙 / 從不吸煙

您喝酒嗎? 偶然 / 從不飲酒 / 每天飲酒

請列出您的新冠疫苗的日期和制造商:

疫苗 1 _____ 疫苗 2 _____ 疫苗 3 _____ 疫苗 4 _____ 其他 _____

如果你是 50 歲或以上:

您的結腸/大腸鏡檢查 Colonoscopy 是什麼時候: _____ 結果是 正常 或 異常

女性:

最近的子宮頸塗片 Pap Smear 是什麼時候: _____ 結果是 正常 或 異常

最近的乳房 X 光 Mammogram 檢查是什麼時候: _____ 結果是 正常 或 異常

如果您是 65 歲以上長輩:

1) 您最近的流感疫苗針是什麼時候 Flu Shot : _____

2) 您的肺炎疫苗針是什麼時候 Pneumovax: _____

3) 您的帶狀皰疹疫苗針是什麼時候 Shingles Vaccine: _____

4) 您最近看眼科醫生是什麼時候 Eye Exam: _____ 結果: _____

5) 您的骨密度測試是什麼時候 DEXA Bone Scan: _____ 結果: _____



Yi Zhou, M.D. & Jiaxin Lu, M.D.

6360 Corporate Dr. Suite B

Houston, TX 77036

Phone: 713-981-8898

Fax: 713-271-9859

Text: 832-836-7627

Acknowledgement of Review Privacy Practices

I, the undersigned, have reviewed the Privacy Practices, which explains that all of my personal and medical information are private and protected, and how my medical information will be used and disclosed.

I understand that I am entitled to receive a copy of the Privacy Practices.

本人（签名人）已经审查了《隐私惯例》，该条例解释说我的所有个人和医疗信息都是私有的并且受到保护，以及我的医疗信息将如何使用和披露。

我了解我有权收到《隐私惯例》的副本。

Signature of Patient or Representative

（签名）

Date（日期）

Print Name of Patient or Representative

（拼写你的名字）

Capacity of Personal Representative: Parent, Guardian, Trustee, Executor（个人代表关系）

Address: Street, City, State, Zip

（地址）



Yi Zhou, M.D. & Jiaxin Lu, M.D.

6360 Corporate Dr. Suite B

Houston, TX 77036

Phone: 713-981-8898

Fax: 713-271-9859

Text: 832-836-7627

姓名: _____ 出生日期: _____

医学体征

身高: _____ (以英尺和英寸为单位)

体重: _____ (以磅为单位)

血压: _____ (mmHg)

心率: _____ (每分钟心跳数)

体温: _____ (F/C)

您首选的处方药店联系信息

药房名称: _____

药房地址: _____

药房电话号码: _____

请在一周之内给诊所打电话，或者是亲临诊所来追踪您的检查结果

(抽血的结果， 吹气的结果 或者是任何影像的结果。)

正常或者异常的结果

签名: _____ 日期: _____

感谢您选择周医生和陆医生