1. **患病情况**

**您是否患有以下疾病：**

**高血压病：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**冠心病：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**高脂血症：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**糖尿病：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**脑血管疾病：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**慢性胃炎：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**胃溃疡：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**支气管哮喘：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**COPD：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**骨质疏松症：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**青光眼：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**白内障：**①否 ②是，病程\_\_\_\_\_\_年；

**其他：（留出4行空白，可补充填写）**

**二、用药情况**

**抗高血压药：**①无 ②有；

**降脂药：**①无 ②有；

**降糖药：**①无 ②有

**抗血小板药：**①无 ②有

**三、您的家人是否患有以下疾病（若有，请在相应方框进行勾选）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 祖父/外祖父 | 祖母/外祖母 | 父亲 | 母亲 | 兄弟/姐妹 |
| **1.高血压** |  |  |  |  |  |
| **2.糖尿病** |  |  |  |  |  |
| **3.冠心病** |  |  |  |  |  |
| **4.脑卒中** |  |  |  |  |  |