

个人健康信息调查问卷

尊敬的客户:您好!欢迎您参加用户调查,我们将根据您的个人健康信息,
提供个性化的健康管理服务,请根据实际情况填写。

基本信息

姓名:

性别:

出生日期:

民族:

出生地区:

省

市

常住地区:

省

市

人种:

☐

黄色人种

☐

棕色人种

☐

白色人种

☐

黑色人种

身高(cm):

体重(kg):

邮寄地址:

☐

以前受过本机构服务

☐

愿意接受回访

样品情况

取样日期:

年

月

日

近6个月有无使用抗生素:

☐

有最近使用抗生素的时间(年、月):

☐

无

☐

不清楚

☐

口服

☐

静脉或肌内注射

☐

局部外用

近6个月有无灌肠治疗:

☐

有,大致日期:

☐

无

☐

不清楚

出生情况

分娩类型:

☐

剖腹产

☐

顺产

☐

不确定

是否母乳喂养:

☐

是

☐

否

☐

不确定

饮食习惯

日常最早进食时间:

日常最晚进食时间:

进食次数:

肉类及肉制品:

☐

不吃

☐

较少

☐

一般

☐

较多

☐

很多

肉类及肉制品:

☐

不吃

☐

较少

☐

一般

☐

较多

☐

很多

请翻面 ▼

对食物的嗜好(多选)：☐ 咸☐ 辣☐ 甜☐ 生☐ 冷☐ 硬☐ 烫☐ 煎炸☐ 油腻

是否使用益生元和益生菌补充剂：☐ 经常☐ 偶尔☐ 从不

您平均每周早餐的次数：☐ 7次☐ 5-6次☐ 2-4次☐ 0-1次

您当前饮酒情况的描述是：☐ 从不☐ 偶尔☐ 戒酒☐ 饮酒

您当前吸烟情况的描述是：☐ 从不☐ 偶尔☐ 戒烟☐ 吸烟

饮水(一杯250ml)：☐ <2杯☐ 3-5杯☐ 6-7杯☐ 8-9杯☐ ≥10杯

排便习惯

排便次数：☐ 一天大于2次☐ 一天1-2次☐ 每周5-6次☐ 每周3-4次☐ 每周1-2次或更少

排便时间是否规律：☐ 是☐ 否

患病情况

☐ 高血压☐ 1型糖尿病☐ 2型糖尿病☐ 糖尿病前期☐ 偏头痛☐ 肠易激综合征

其它：

自觉症状

☐ 无症状☐ 头痛☐ 头晕☐ 心慌☐ 胸闷☐ 胸痛☐ 慢性咳嗽

☐ 咳嗽☐ 呼吸困难☐ 多饮☐ 多尿☐ 体重下降☐ 乏力☐ 关节肿痛

☐ 视力模糊☐ 手脚麻木☐ 尿急☐ 尿痛☐ 便秘☐ 腹泻☐ 恶心呕吐

☐ 眼花☐ 耳鸣☐ 乳房肿痛☐ 其它

睡眠情况

睡眠时间：☐ 8小时以上☐ 6-8小时☐ 4-6小时☐ 少于4小时

是否睡眠：☐ 经常☐ 偶尔☐ 从不

睡眠时间：☐ 每天午睡☐ 偶尔午睡☐ 从不午睡

精神压力

经确诊精神类疾病：☐ 抑郁症☐ 创伤应激综合症☐ 强迫症☐ 焦虑症

其它：

经确诊精神类疾病：☐ 特别大☐ 大☐ 一般☐ 小☐ 几乎没有

感谢您参与本次问卷调查！