****

**医学调查问卷（男性）**

**姓 名:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**联系电话: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**首诊专家:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**专家助理：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**填表日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_\_日**

**基 本 资 料**

姓 名:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**年龄:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**岁 出生日期:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**年**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**月**\_\_\_\_\_\_\_**日

单 位:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 职业:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 身份证号码:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

身高:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 厘米 体重:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 公斤

血型 :□O型 □A型 □B型 □ AB型

腰围:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_厘米 臀围:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_厘米 腰臀围比(WHR):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

婚姻状况: □未婚 □已婚 □离婚 □分居 □其他

通讯地址:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

电话:(移动电话):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_**\_\_\_\_\_\_\_** E-mail:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**最佳联络时间: 🞎上午 🞎下午 🞎晚上 时间: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 备注：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**健 康 期 望**

1. 整体而言，您觉得自己的健康状况:

□状态极佳 □满意 □尚可 □不太好 □很糟糕

2.您接受检查是希望:(可复选)

□早期发现疾病以利早期治疗 □找出身体不适的原因 □了解体质

□找出适合自己的保健方式 □例行性之健康检查 □保持青春延缓老化

□其它，请详述:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

3.您希望以何种方式来促进健康呢?(可复选)

□改变生活型态 □改变饮食习惯 □营养辅助品 □药物 其它:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4.您希望将身体状态调整到哪种状态?

□当前年龄最佳的身体状态 □良好的健康状况 □合格的健康状况 □避免重大病即可

**5.您最希望我们帮您解决的问题是(请依优先级):**

**A.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **B.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **C.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **D.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E.** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

①体重问题; ②易疲劳; ③睡眠问题; ④便秘、腹胀;

⑤血糖、血脂异常; ⑥过敏; ⑦易感冒; ⑧其它:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）**

**健 康 检 查**

1. 您有做例行健康检查或病情追踪的习惯吗? □有 □无

若是有，多久检查一次:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**最近一次检查时间:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. 通常您做检查的医院是:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**科别:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**营 养 补 充 或 药 物**

您目前有使用维生素或营养辅助品吗? □是 □否 名称:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

您目前有使用医师处方药吗? □是 □否 药名:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

您目前有使用中药吗? □是 □否 原因:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

您目前有进行特殊饮食吗? □无 □养生餐 □素食者 □节食 □其它**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**个 人 及 家 族 病 史**

|  |  |
| --- | --- |
| 您过去或最近的医疗状况: | |
| □气喘 | □关节炎,位置:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| □癌症(类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**) | □血栓 (深部静脉栓塞、肺栓塞) |
| □慢性疲劳症候群(CFS) | □血液凝固疾病 |
| □忧郁症 | □饮食失调 |
| □糖尿病(类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**) | □肌纤维痛 |
| □癫痫 | □胆囊疾病:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| □骨折 | □高胆固醇 |
| □头痛 /偏头痛 | □肾脏疾病：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| □心脏状况(类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**) | □甲状腺疾病 |
| □高血压 | □溃疡 |
| □肝脏疾病:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | □静脉曲张 |
| □骨质疏松症/骨质缺乏 | 其它疾病:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

您是否曾经做过手术治疗? □否**\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□是，名称:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**手术日期:**\_\_\_\_\_\_\_\_**年**\_\_\_\_\_\_\_**月

□是，名称:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**手术日期: **\_\_\_\_\_\_\_**年**\_\_\_\_\_\_\_**月

□是，名称:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**手术日期: **\_\_\_\_\_\_\_**年**\_\_\_\_\_\_\_**月

父系家族病史:

□癌症 □心脏疾病 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** □阿尔滋海默症 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**□骨质疏松症 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□糖尿病 □其它

类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

母系家族病史:

□癌症 □心脏疾病 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  □阿尔滋海默症 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** □骨质疏松症 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

□糖尿病 □其它

类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 类型:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 关系:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

出生史:

出生方式: □满周数出生 □早产 □自然产 □剖腹产

出生并发症:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

母乳喂养: □是，母乳喂养**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**个月

□否，使用母乳替代品: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**生活形态**

饮食习惯

1.曾经做过营养咨询吗? □是 □否

2. 一周在外用餐几次? □从不在外用餐 □1-3 □4-6 □＞6

3.以下哪些符合您的用餐习惯?

□吃饭速度很快 □吃饭速度慢 □用餐时间不稳定 □宵夜口味偏重

□情绪化导致大量饮食(压力大、心情差) □情绪化导致少量饮食(压力大、心情差)

□每天都吃早餐 □偶尔不吃早餐 □常常不吃早餐

4.改变过饮食习惯吗?□是 □否 原因:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5.日常生活是否在意食物质量?

□只食用有机食物 □比较注重质量 □一般 □未关注

**社会心理**

1.是否觉得现在的体力明显不如一两年之前? □是 □否

2.觉得现在的生活是否快乐? □是 □否

3.现在的你在工作或生活上是否还有明确的目标? □是 □否

4.是否热爱现在的工作? □是 □否

5. 现在的生活和工作带给你的压力很大么? □是 □否

6.到目前为止是否还有让你无法释怀的重大事件? □是 □否 备注:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

7. 曾做过心理咨询么? □是 □否

8. 请勾选您的压力来源:

a.工作: □轻 □重 □无

b.家庭: □轻 □重 □无

c.社交 □轻 □重 □无

d.经济: □轻 □重 □无

e.健康: □轻 □重 □无

**睡眠质量**

1.平均每天睡眠时间: □少于6小时 □6~8 小时 □8-10小时 □10小时以上

2.您有睡眠障碍么? □是 □否

3. 您是否多梦? □是 □否

4您是否打鼾? □是 □否 □ 偶尔

5.在起床后是否觉得疲惫? □常常 □偶尔 □不会，起床后精神饱满

6您日常入睡时间: □21点前 □21点-23点 □23点~凌晨1点 □凌晨1点后

7.您是否有失眠现象: □从不 □偶尔 □常常(是否有服用辅助药物:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

8.是否会在半夜醒来? □从不 □偶尔 □常常(是否能再次轻松人睡?轻松 很难)

9. 是否会起夜? □极少 □会，次数:**\_\_\_\_\_**次/晚

10.是否有固定的睡前习惯? □无 □有**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**社会关系**

1.婚姻状况: □单身 □同居 □己婚 □离异 □鳏寡

2.目前和谁一同居住? □独居 □伴侣 □子女 □父母 □朋友 □宠物

□其他:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

3.家庭活动频率: □每天 □每周 □每月 □其他:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

4.朋友聚会约会频率: □每天 □每周 □每月 □其他:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

5. 最近一次外出旅游: □一年内 □三年内 □很久没有了

6. 是否有宗教信仰: □是:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** □否**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**吸烟习惯**

1.是否吸烟: □是 □否 □曾吸烟，现已不吸烟

2. 烟龄: □不到5年 □5~10年 □10 年以上

3.每日烟量: □不到10支 □小于1包 □1-2包 □大于2包

4.曾尝试戒烟? □否 □是(戒烟周期:□小于1个月 □不到半年 □不到一年 □一年以上)

**饮酒习惯**

1.是否饮酒? □从不 □很少 □常常 □每天

2. 饮酒类型: □低酒度饮料 □啤酒 □红酒 □白酒 □洋酒

3. 是否因为饮酒产生健康问题: □否 □是:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**工作习惯**

1.每天工作时间: □少于4小时 □4-8小时 □8-10小时 □大于 10小时

2.每周工作天数:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**天

3.工作环境:

□经常暴露在污染空气或厨房油烟中 □久坐 □噪音大 □电脑辐 □长时问接听电话 □长时间开车 □工作节奏快，压力大 □偶尔会头昏花

□比周围同事对杀虫剂、香水、烟味更敏感 □工作环境卫生状况差

接触危险品:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

工作时间饮水量(300ml一杯): □1-2杯水 □3-4 杯水 □5杯以上

**生活习惯**

1. 经常染发: □是 □否

2.家里是否使用净水器: □是 □否

3. 是否常常看电视、玩电脑? □是 □否

4.是否常喝各种软饮、茶、咖啡? □是 □否 喝:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**更多

5. 是否对灰尘、宠物毛发、清洁剂等有机溶剂过敏? □是 □否

6.是否常常把农物送去干洗? □是 □否

7.家中清洁频率? □一周至少一次 □两周至少一次 □每月至少一次 □其他

8.日常运动频率: □每天 □每周 □其他 习惯: □散步 □跑步 □特定运动:**\_\_\_\_**

9.洗澡频率: □每天 □每周3~4次 □每周1~2次 □其他

10.是否有特定生活爱好，如侍弄花鸟虫鱼，养宠物等:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国际前列腺症状评分表**  International Prostate Symptom Score (IPSS) | | | | | | |
| **在过去一个月中...** | **无** | **极少情况** | **较少情况** | **一半情况** | **很多时候** | **每次** |
| 是否有排尿不济?未能将尿排尽的感觉? |  |  |  |  |  |  |
| 是否感到尿频?便后2小时内又有便意? |  |  |  |  |  |  |
| 是否排尿断断续续? |  |  |  |  |  |  |
| 是否有尿急?感觉忍不住? |  |  |  |  |  |  |
| 是否存在忍尿无力,尿流细弱的情况? |  |  |  |  |  |  |
| 排尿是否费力?需要用力才能开始排尿? |  |  |  |  |  |  |
| 晚上醒来小便的次数是?(勾选) | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **IPSS总分** |  | | | | | |
| **0~7分为轻度症状,8~19分为中度症状,20~35分为重度症状。** | | | | | | |
| 按当前排尿状况,  对自己生活品质打分 | **很恼火** | **不满意** | **尚可** | **满意** | **好** | **非常好** |

**医学测评**

**在过去三个月中，是否有以下症状？**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一般症状 | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |  |  | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |
| 手脚冰冷 |  |  |  |  |  | 味觉不敏感 |  |  |  |  |
| 畏寒 |  |  |  |  |  | 味觉障碍 |  |  |  |  |
| 体温低 |  |  |  |  |  | 紧张性头痛 |  |  |  |  |
| 低血压 |  |  |  |  |  | 偏头痛 |  |  |  |  |
| 白天嗜睡 |  |  |  |  |  | 头胀痛 |  |  |  |  |
| 失眠 |  |  |  |  |  | **肌肉骨骼** | | | | |
| 早醒 |  |  |  |  |  | 背部抽筋 |  |  |  |  |
| 疲劳 |  |  |  |  |  | 小腿疼痛 |  |  |  |  |
| 发烧 |  |  |  |  |  | 足部疼痛 |  |  |  |  |
| 热潮红 |  |  |  |  |  | 关节变形 |  |  |  |  |
| 热耐受低 |  |  |  |  |  | 关节僵硬 |  |  |  |  |
| 梦游 |  |  |  |  |  | 关节疼痛 |  |  |  |  |
| 恶梦 |  |  |  |  |  | 关节红肿 |  |  |  |  |
| 无法安睡 |  |  |  |  |  | 肌肉疼痛 |  |  |  |  |
| **头及五官** | | | | |  | 肌肉痉挛 |  |  |  |  |
| 结膜炎 |  |  |  |  |  | 肌肉僵硬 |  |  |  |  |
| 黄斑部病变 |  |  |  |  |  | 眼部肌肉抽搐 |  |  |  |  |
| 飞蚊症 |  |  |  |  |  | 四肢肌肉抽搐 |  |  |  |  |
| 视网膜脱落 |  |  |  |  |  | 肌无力 |  |  |  |  |
| 眼痛 |  |  |  |  |  | 颈部肌肉痉挛 |  |  |  |  |
| 眼球充血 |  |  |  |  |  | 肌腱炎 |  |  |  |  |
| 眼睑边缘充血红肿 |  |  |  |  |  | 下颌关节疼痛 |  |  |  |  |
| 眼部分泌物多 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 眼花 |  |  |  |  |  | **情绪**/神经 | | | | |
| 迎风流泪 |  |  |  |  |  | 空间恐惧症 |  |  |  |  |
| 听力下降 |  |  |  |  |  | 焦虑 |  |  |  |  |
| 耳鸣 |  |  |  |  |  | 幻听 |  |  |  |  |
| 耳胀感 |  |  |  |  |  | 忧郁 |  |  |  |  |
| 耳疼 |  |  |  |  |  | 短暂昏厥 |  |  |  |  |
| 唤觉能力下降 |  |  |  |  |  | 空间恐惧症焦虑 |  |  |  |  |
| 鼻塞 |  |  |  |  |  | 专注力障碍 |  |  |  |  |
| 流涕 |  |  |  |  |  | 平衡障碍 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |  |  | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |
| 思虑障碍 |  |  |  |  |  | 吞咽困难 |  |  |  |  |
| 判断力障碍 |  |  |  |  |  | 唇疱疹 |  |  |  |  |
| 对话障碍 |  |  |  |  |  | 溃疡 |  |  |  |  |
| 记忆障碍 |  |  |  |  |  | 恶心 |  |  |  |  |
| 眩晕 |  |  |  |  |  | 干呕 |  |  |  |  |
| 昏倒 |  |  |  |  |  | 呕吐 |  |  |  |  |
| 恐慌 |  |  |  |  |  | 心灼热 |  |  |  |  |
| 易怒 |  |  |  |  |  | 食道逆流 |  |  |  |  |
| 全身发麻 |  |  |  |  |  | 胃胀气 |  |  |  |  |
| 妄想症 |  |  |  |  |  | 腹胀气 |  |  |  |  |
| 癫痫 |  |  |  |  |  | 放屁 |  |  |  |  |
| 自杀念头 |  |  |  |  |  | 胃绞痛 |  |  |  |  |
| 刺痛感 |  |  |  |  |  | 肠绞痛 |  |  |  |  |
| 幻觉 |  |  |  |  |  | 消化不良 |  |  |  |  |
| **饮食** | | | | |  | 肛门痉挛 |  |  |  |  |
| 暴食症 |  |  |  |  |  | 血便 |  |  |  |  |
| 厌食症 |  |  |  |  |  | 粪便黏溺 |  |  |  |  |
| 食欲不振 |  |  |  |  |  | 粪便有强烈臭味 |  |  |  |  |
| 节食 |  |  |  |  |  | 粪便有未消化物 |  |  |  |  |
| 嗜盐 |  |  |  |  |  | 痔疮 |  |  |  |  |
| 嗜糖 |  |  |  |  |  | 肛痿 |  |  |  |  |
| 嗜辣 |  |  |  |  |  | 肛裂 |  |  |  |  |
| 嗜巧克力 |  |  |  |  |  | 大便次数/天 |  |  |  |  |
| 咖啡因依赖 |  |  |  |  |  | **皮肤问题** | | | | |
| **消化系统** | | | | |  | 背部粉刺 |  |  |  |  |
| 消化系统 |  |  |  |  |  | 胸部粉刺 |  |  |  |  |
| 牙科问题 |  |  |  |  |  | 面部粉刺 |  |  |  |  |
| 牙龈出血 |  |  |  |  |  | 肩部粉刺 |  |  |  |  |
| 打嗝 |  |  |  |  |  | 黑眼圈 |  |  |  |  |
| 口腔溃疡 |  |  |  |  |  | 耳朵变红 |  |  |  |  |
| 胃酸 |  |  |  |  |  | 面红 |  |  |  |  |
| 牙周病 |  |  |  |  |  | 麻疹 |  |  |  |  |
| 唇破裂 |  |  |  |  |  | 湿疹 |  |  |  |  |
| 咬合不正 |  |  |  |  |  | 皮疹 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |  |  | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |
| 皮肤黯沉 |  |  |  |  |  | 嘴皮 |  |  |  |  |
| 皮肤变黑 |  |  |  |  |  | 手部龟裂 |  |  |  |  |
| 痣的颜色大小变化 |  |  |  |  |  | 手部蜕皮 |  |  |  |  |
| 痣的数量变多 |  |  |  |  |  | 足部龟裂 |  |  |  |  |
| 油性肤质 |  |  |  |  |  | 足部蜕皮 |  |  |  |  |
| 块状皮肤黯沉 |  |  |  |  |  | **淋巴结** | | | | |
| 组织上臂下方肿块 |  |  |  |  |  | 颈部淋巴结肿大 |  |  |  |  |
| 易瘀伤 |  |  |  |  |  | 颈部淋巴结触痛 |  |  |  |  |
| 不易流汗 |  |  |  |  |  | 其他部位肿/痛 |  |  |  |  |
| 体臭 |  |  |  |  |  | 淋巴结异常 |  |  |  |  |
| 掉发 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 股癣 |  |  |  |  |  | **指甲** | | | | |
| 脚臭 |  |  |  |  |  | 咬甲症 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 脆甲症 |  |  |  |  |
| **皮肤发痒** | | | | |  | 指甲弯曲 |  |  |  |  |
| 一般皮肤 |  |  |  |  |  | 指甲磨损 |  |  |  |  |
| 头皮 |  |  |  |  |  | 灰指甲 手 |  |  |  |  |
| 眼睛 |  |  |  |  |  | 灰指甲 脚 |  |  |  |  |
| 鼻子 |  |  |  |  |  | 指甲凹陷 |  |  |  |  |
| 耳道 |  |  |  |  |  | 表面崎岖 |  |  |  |  |
| 嘴角 |  |  |  |  |  | 指甲脊明显 |  |  |  |  |
| 喉部 |  |  |  |  |  | 软甲 |  |  |  |  |
| 手臂 |  |  |  |  |  | 手指甲变薄 |  |  |  |  |
| 手 |  |  |  |  |  | 脚趾甲变薄 |  |  |  |  |
| 乳头 |  |  |  |  |  | 白点或线条 |  |  |  |  |
| 腿 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生殖器 |  |  |  |  |  | **呼吸道** | | | | |
| 足部 |  |  |  |  |  | 口臭 |  |  |  |  |
| 肛周 |  |  |  |  |  | 鼻腔气味难闻 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 干咳 |  |  |  |  |
| **皮肤干燥** | | | | |  | 有痰性咳嗽 |  |  |  |  |
| 一般肌肤 |  |  |  |  |  | 嘶哑 |  |  |  |  |
| 头皮 |  |  |  |  |  | 喉咙痛 |  |  |  |  |
| 头皮屑 |  |  |  |  |  | 花粉过敏 |  |  |  |  |
| 头发 |  |  |  |  |  | 鼻塞 |  |  |  |  |
| 眼睛 |  |  |  |  |  | 流鼻血 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |  |  | 无 | 轻微 | 中等 | 严重 |
| 鼻涕倒流 |  |  |  |  |  | 尿潴留 |  |  |  |  |
| 鼻窦炎 |  |  |  |  |  | 尿路感染 |  |  |  |  |
| 打鼾 |  |  |  |  |  | 肾脏疾病 |  |  |  |  |
| 哮喘 |  |  |  |  |  | 漏尿/小便失禁 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 便时有灼痛感 |  |  |  |  |
| **心血管** | | | | |  | 前列腺感染 |  |  |  |  |
| 心绞痛 / 胸痛 |  |  |  |  |  | 尿急 |  |  |  |  |
| 呼吸困难 |  |  |  |  |  | 阴茎分泌物 |  |  |  |  |
| 静脉炎 |  |  |  |  |  | 射精障碍 |  |  |  |  |
| 脚踝/关节肿胀 |  |  |  |  |  | 生殖器疼痛 |  |  |  |  |
| 静脉曲张 |  |  |  |  |  | 不举 |  |  |  |  |
| 心悸 |  |  |  |  |  | 睾丸硬块 |  |  |  |  |
| 心杂音 |  |  |  |  |  | 性冷淡 |  |  |  |  |
| 心律不齐 |  |  |  |  |  | 龟头炎 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | 阴部瘙痒 |  |  |  |  |
| **泌尿生殖系统** | | | | |  | 勃起状态差 |  |  |  |  |
| 尿床 |  |  |  |  |  | 早泄 |  |  |  |  |

**其他：**

**填表人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**