**名一医学调查问卷**

**（女性）**

姓名:**{{姓名}}**

联系电话:**{{联系电话}}**

首诊专家: **{{首诊专家}}**

专家助理： **{{专家助理}}**

填表日期：**{{填表日期}}**

**基 本 资 料**

姓 名:**{{姓名}}**

年龄:**{{年龄}}**岁

出生日期:**{{出生日期}}**

单 位: **{{单位}}**

职业: **{{职业}}**

身份证号码: **{{身份证号码}}**

身高: **{{身高}}**

体重: **{{体重}}**

血型:**{{血型}}**

腰围: **{{腰围}}**

臀围:**{{臀围}}**

腰臀围比(WHR): **{{腰臀围比}}**

婚姻状况:**{{婚姻状况}}**

通讯地址: **{{通讯地址}}**

电话:(移动电话):  **{{电话}}**

E-mail: **{{mail}}**

最佳联络时间: {{最佳联络时间}}

时间:  **{{时间}}**

备注: **{{备注}}**

**健 康 期 望**

1. 整体而言，您觉得自己的健康状况:

**{{整体而言您觉得自己的健康状况}}**

2.您接受检查是希望:(可复选)

**{{您接受检查是希望}}**

其它，请详述: **{{其他请详述}}**

3.您希望以何种方式来促进健康呢?

**{{您希望以何种方式来促进健康呢}}**

其他：**{{one其他}}**

4.您希望将身体状态调整到哪种状态?

**{{您希望将身体状态调整到哪种状态}}**

5.您最希望我们帮您解决的问题是(请依优先级):

**{{您最希望我们帮您解决的问题是}}**

其它:**{{two其他}}**

**健 康 检 查**

您有做例行健康检查或病情追踪的习惯吗?**{{您有做例行健康检查或病情追踪的习惯吗}}**

若是有，多久检查一次:**{{若是有多久检查一次}}**

最近一次检查时间:**{{最近一次检查时间}}**

通常您做检查的医院是:**{{通常您做检查的医院是}}**

科别:**{{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?**{{您目前有使用维生素或营养辅助品吗}}**

如果有药物名称: **{{如果有药物名称}}**

您目前有使用医师处方药吗?

**{{您目前有使用医师处方药吗}}**

药名: **{{药名}}**

您目前有使用中药吗?

**{{您目前有使用中药吗}}**

原因:**{{one原因}}**

您目前有进行特殊饮食吗：**{{您目前有进行特殊饮食吗}}**

其他：**{{three其他}}**

**个 人 及 家 族 病 史**

您过去或最近的医疗状况：**{{您过去或最近的医疗状况}}**

您是否曾经做过手术治疗：**{{您是否曾经做过手术治疗}}**

如果有，日期：**{{如果有日期}}**

父系家族病史:

**{{父系家族病史}}**

父系家族病史人与您的关系:**{{父系家族病史人与您的关系}}**

母系家族病史:**{{母系家族病史}}**

母系家族病史人与您的关系:**{{母系家族病史人与您的关系}}**

出生史:

出生方式: **{{出生方式}}**

出生并发症: **{{出生并发症}}**

是否母乳喂养: **{{是否母乳喂养}}**

如果是，母乳喂养几个月：**{{如果是母乳喂养几个月}}**

如果否，使用母乳替代品是: **{{如果否使用母乳替代品是}}**

生育史

您目前有性生活么:**{{您目前有性生活么}}**

若有，频率:**{{若有频率}}**

对自己性生活是否满意:**{{对自己性生活是否满意}}**

怀孕次数: **{{怀孕次数}}**

分娩次数：**{{分娩次数}}**

流产次数：**{{流产次数}}**

流产原因: **{{流产原因}}**

近期有怀孕计划么:**{{近期有怀孕计划么}}**

您有小孩么: **{{您有小孩么}}**

若有，男孩个数：**{{若有男孩个数}}**

若有女孩个数：**{{若有女孩个数}}**

**生活形态**

饮食习惯

曾经做过营养咨询吗：**{{曾经做过营养咨询吗}}**

一周在外用餐几次：**{{一周在外用餐几次}}**

哪些符合您的用餐习惯：

**{{哪些符合您的用餐习惯}}**

改变过饮食习惯吗：**{{改变过饮食习惯吗}}**

改变原因:**{{改变原因}}**

日常生活在意什么食物质量：**{{日常生活在意什么食物质量}}**

**社会心理**

1.是否觉得现在的体力明显不如一两年之前：**{{是否觉得现在的体力明显不如一两年之前}}**

2.觉得现在的生活是否快乐：**{{觉得现在的生活是否快乐}}**

3.现在的你在工作或生活上是否还有明确的目标：**{{现在的你在工作或生活上是否还有明确的目标}}**

4.是否热爱现在的工作：**{{是否热爱现在的工作}}**

5. 现在的生活和工作带给你的压力很大么：**{{现在的生活和工作带给你的压力很大么}}**

6.到目前为止是否还有让你无法释怀的重大事件：**{{到目前为止是否还有让你无法释怀的重大事件}}**

如果有，是:**{{如果有是}}**

7. 曾做过心理咨询么：**{{曾做过心理咨询么}}**

8.您的压力来源:**{{您的压力来源}}**

**睡眠质量**

1.平均每天睡眠时间: **{{平均每天睡眠时间}}**

2.您有睡眠障碍么? **{{您有睡眠障碍么}}**

3. 您是否多梦? **{{您是否多梦}}**

4您是否打鼾?  **{{您是否打鼾}}**

5.在起床后是否觉得疲惫? **{{在起床后是否觉得疲惫}}**

6您日常入睡时间: **{{您日常入睡时间}}**

是否服用辅助药物：**{{是否服用辅助药物}}**

辅助药物：**{{辅助药物}}**

7.您是否有失眠现象: **{{您是否有失眠现象}}**

8.是否会在半夜醒来? **{{是否在半夜醒来}}**

是否能再次轻松入睡？**{{是否能再次轻松入睡}}**

9. 是否会起夜?  **{{是否会起夜}}**

次数：**{{次数}}**次/晚

10.是否有固定的睡前习惯?  **{{是否有固定的睡前习惯}}**

**如果有，**睡前习惯：**{{如果有睡前习惯}}**

**社会关系**

1.婚姻状况: **{{婚姻状况}}**

2.目前和谁一同居住? **{{目前和谁一同居住}}**

其他:**{{其他人或物}}**

3.家庭活动频率: **{{家庭活动频率}}**

其他: **{{其他活动频率}}**

4.朋友聚会约会频率: **{{朋友聚会约会频率}}**

其他: **{{a其他}}**

5. 最近一次外出旅游: **{{最近一次外出旅游}}**

6. 是否有宗教信仰:  **{{是否有宗教信仰}}**

如果有，宗教信仰为：**{{如果有宗教信仰为}}**

**吸烟习惯**

1.是否吸烟: **{{是否吸烟}}**

2. 烟龄: **{{烟龄}}**

3.每日烟量: **{{每日烟量}}**

4.曾尝试戒烟? **{{曾尝试戒烟}}**

戒烟周期:**{{戒烟周期}}**

**饮酒习惯**

1.是否饮酒? **{{是否饮酒}}**

2. 饮酒类型: **{{饮酒类型}}**

3. 是否因为饮酒产生健康问题:**{{是否因为饮酒产生健康问题}}**

如果有，问题是：**{{如果有问题是}}**

**工作习惯**

1.每天工作时间: **{{每天工作时间}}**

2.每周工作天数:**{{每周工作天数}}**

3.工作环境:

**{{工作环境}}**

接触危险品:**{{接触危险品}}**

工作时间饮水量: **{{工作时间饮水量}}**

**生活习惯**

1. 经常染发: **{{经常染发}}**

2.家里是否使用净水器:**{{家里是否使用净水器}}**

3. 是否常常看电视、玩电脑? **{{是否常常看电视玩电脑}}**

4.是否常喝各种软饮、茶、咖啡? **{{是否常喝各种软饮}}**

喝**{{喝什么更多}}**更多

5. 是否对灰尘、宠物毛发、清洁剂等有机溶剂过敏? **{{是否对灰尘宠物毛}}**

6.是否常常把农物送去干洗? **{{是否常常把农物送去干洗}}**

7.家中清洁频率? **{{家中清洁频率}}** 其他：**{{b其他}}**

8.日常运动频率: **{{日常运动频率}}**

其他：**{{c其他}}**

习惯: **{{习惯}}**

特定运动:**{{特定运动}}**

9.洗澡频率: **{{洗澡频率}}**

其他：**{{e其他}}**

10.是否有特定生活爱好，如侍弄花鸟虫鱼，养宠物等:

**{{是否有特定生活爱好如侍弄花鸟虫}}**

**月经史**

1:女性月经来潮的前一周左右出现的种种不适症状，称为经前症候群(PMS)。请您仔细核对以下的症状，您在最近或过去是否有发生过。

**{{女性月经来潮的前一周左右出现的种种不适症状称为经前症候群PM}}**

2:您以前的经前症候群反应如何? **{{您以前的经前症候群反应如何}}**

3:最近一次明显的经前症候群是什么时候?**{{您以前的经前症候群是什么时候}}**

4:您的经前症候群症状是随着年龄增加:**{{您的经前症候群症状是随着年龄增加}}**

5:在症状期间是否有什么特别引起你注意的事或物?或者特别敏感的东西?

**{{在症状期间是否有什么特别引起你注意的事或物或特别敏感的东西}}**

6:请勾选您目前的月经状况:**{{请勾选您目前的月经状况}}**

其他特殊症状:**{{其他特殊症状}}**

7:最近一次月经时间: **{{最近一次月经时间}}**

8:是否曾出现过几个月不来月经的情况? **{{是否曾出现过几个月不来月经的情况}}**

9:您的初潮年龄:**{{您的初潮年龄}}**

10:通常情况经期间隔天数:**{{通常情况经期间隔天数}}**

11:前次月经开始日(LMP)：**{{前次月经开始日LMP}}**，经期天数:**{{经期天数}}**

12:两次月经期间会有出血现象么? **{{两次月经期间会有出血现象么}}**

13: 最近一次涂片检查时间：**{{最近一次涂片检查时间}}**

最近一次胆固醇检查时间：**{{最近一次胆固醇检查时间}}**

最近一次乳房超音波或X光检查时间：**{{最近一次乳房超音波或X光检查时间}}**

最近一次骨质密度检查时间：**{{最近一次骨质密度检查时间}}**

最近一次荷尔蒙检查时间： **{{最近一次荷尔蒙检查时间}}**

最近一次甲状腺检查时间：**{{最近一次甲状腺检查时间}}**

14：您曾经服用过人工合成或天然提取的荷尔蒙么? **{{您曾经服用过人工合成或天然提取的荷尔蒙吗}}**

15：您有尝试过中医调理或其他的调理方式调理月经么? **{{您有尝试过中医调理或其他的调理方式调理月经么}}**

如果有，请说明过程及效果:**{{如果有请说明过程及效果}}**

**妇科病史**

您是否罹患过下列疾病?

**{{您是否罹患过下列疾病}}**

您是否做过以下手术，如做过请备注时间。

**{{您是否做过以下手术}}**

异常内容：**{{异常内容}}**

检查时间 ：**{{检查时间}}**

复查时间：**{{复查时间}}**

治疗手段：**{{治疗手段}}**

治疗结果 ：**{{治疗结果}}**

**国际前列腺症状评分表：**

1:在过去一个月中是否有排尿不济，未能将尿排尽的感觉？

**{{在过去一个月中是否有排尿不济未能将尿排尽的感觉}}**

2:在过去一个月中是否感到尿频，便后2小时内又有便意？

**{{在过去一个月中是否感到尿频便后2小时内又有便意}}**

3:在过去一个月中是否有尿急，感觉忍不住？

**{{在过去一个月中是否有尿急感觉忍不住}}**

4:在过去一个月中是否存在忍尿无力，尿流细弱的情况？

**{{在过去一个月中是否存在忍尿无力尿流细弱的情况}}**

**5:在过去一个月中排尿是否费力，需要用力才能开始排尿？**

**{{在过去一个月中排尿是否费力需要用力才能开始排尿}}**

**6:晚上醒来小便的次数是：**

**{{晚上醒来小便的次数是}}**

**7:按当前排尿状况,对自己生活品质打分：**

**{{按当前排尿状况对自己生活品质打分}}**

**医学测评**

**在过去三个月中，**

**个人情况：**

1：是否手脚冰冷：**{{在过去三个月中是否手脚冰冷}}**

2：是否畏寒：**{{在过去三个月中是否畏寒}}**

3：是否体温低：**{{在过去三个月中是否体温低}}**

4：是否低血压：**{{在过去三个月中是否低血压}}**

5：是否白天嗜睡：**{{在过去三个月中是否白天嗜睡}}**

6：是否失眠：**{{在过去三个月中是否失眠}}**

7：是否早醒：**{{在过去三个月中是否早醒}}**

8：是否疲劳：**{{在过去三个月中是否疲劳}}**

9：是否发烧：**{{在过去三个月中是否发烧}}**

10：是否热潮红：**{{在过去三个月中是否热潮红}}**

11：是否热耐受低：**{{在过去三个月中是否热耐受低}}**

12：是否梦游：**{{在过去三个月中是否梦游}}**

13：是否噩梦：**{{在过去三个月中是否噩梦}}**

14：是否无法安睡：**{{在过去三个月中是否无法安睡}}**

**头及五官：**

1：是否结膜炎：**{{在过去三个月中是否结膜炎}}**

2：是否黄斑部病变：**{{在过去三个月中是否黄斑部病变}}**

3：是否飞蚊症：**{{在过去三个月中是否飞蚊症}}**

4：是否视网膜脱落：**{{在过去三个月中是否视网膜脱落}}**

5：是否眼痛：**{{在过去三个月中是否眼痛}}**

6：是否眼球充血：**{{在过去三个月中是否眼球充血}}**

7：是否眼脸边缘充血红肿：**{{在过去三个月中是否眼脸边缘充血红肿}}**

8：是否眼部分泌物多：**{{在过去三个月中是否眼部分泌物多}}**

9：是否眼花：**{{在过去三个月中是否眼花}}**

10：是否迎风流泪：**{{在过去三个月中是否迎风流泪}}**

11：是否听力下降：**{{在过去三个月中是否听力下降}}**

12：是否耳鸣：**{{在过去三个月中是否耳鸣}}**

13：是否耳胀感：**{{在过去三个月中是否耳胀感}}**

14：是否耳疼：**{{在过去三个月中是否耳疼}}**

15：是否唤觉能力下降：**{{在过去三个月中是否唤觉能力下降}}**

16：是否鼻塞：**{{在过去三个月中是否鼻塞}}**

17：是否流涕：**{{在过去三个月中是否流涕}}**

18：是否味觉不敏感：**{{在过去三个月中是否味觉不敏感}}**

19：是否味觉障碍：**{{在过去三个月中是否味觉障碍}}**

20：是否紧张性头痛：**{{在过去三个月中是否紧张性头痛}}**

21：是否偏头痛：**{{在过去三个月中是否偏头痛}}**

22：是否头胀痛：**{{在过去三个月中是否头胀痛}}**

**肌肉骨骼：**

1：是否背部抽筋：**{{在过去三个月中是否背部抽筋}}**

2：是否小腿疼痛：**{{在过去三个月中是否小腿疼痛}}**

3：是否足部疼痛：**{{在过去三个月中是否足部疼痛}}**

4：是否关节变形：**{{在过去三个月中是否关节变形}}**

5：是否关节僵硬：**{{在过去三个月中是否关节僵硬}}**

6：是否关节疼痛：**{{在过去三个月中是否关节疼痛}}**

7：是否关节红肿：**{{在过去三个月中是否关节红肿}}**

8：是否肌肉疼痛：**{{在过去三个月中是否肌肉疼痛}}**

9：是否肌肉痉挛：**{{在过去三个月中是否肌肉痉挛}}**

10：是否肌肉僵硬：**{{在过去三个月中是否肌肉僵硬}}**

11：是否眼部肌肉抽搐：**{{在过去三个月中是否眼部肌肉抽搐}}**

12：是否四肢肌肉抽搐：**{{在过去三个月中是否四肢肌肉抽搐}}**

13：是否四肢肌无力：**{{在过去三个月中是否四肢肌无力}}**

14：是否颈部肌肉痉挛：**{{在过去三个月中是否颈部肌肉痉挛}}**

15：是否肌腱炎：**{{在过去三个月中是否肌腱炎}}**

16：是否下颌关节疼痛：**{{在过去三个月中是否下颌关节疼痛}}**

**情绪/神经：**

1：是否空间恐惧症：**{{在过去三个月中是否空间恐惧症}}**

2：是否焦虑：**{{在过去三个月中是否焦虑}}**

3：是否幻听：**{{在过去三个月中是否幻听}}**

4：是否忧郁：**{{在过去三个月中是否忧郁}}**

5：是否短暂昏厥：**{{在过去三个月中是否短暂昏厥}}**

6：是否空间恐惧症焦虑：**{{在过去三个月中是否空间恐惧症焦虑}}**

7：是否专注力障碍：**{{在过去三个月中是否专注力障碍}}**

8：是否平衡障碍：**{{在过去三个月中是否平衡障碍}}**

9：是否思虑障碍：**{{在过去三个月中是否思虑障碍}}**

10：是否判断力障碍：**{{在过去三个月中是否判断力障碍}}**

11：是否对话障碍：**{{在过去三个月中是否对话障碍}}**

12：是否记忆障碍：**{{在过去三个月中是否记忆障碍}}**

13：是否眩晕：**{{在过去三个月中是否眩晕}}**

14：是否昏倒：**{{在过去三个月中是否昏倒}}**

15：是否恐慌：**{{在过去三个月中是否恐慌}}**

16：是否易怒：**{{在过去三个月中是否易怒}}**

17：是否全身发麻：**{{在过去三个月中是否全身发麻}}**

18：是否妄想症：**{{在过去三个月中是否妄想症}}**

19：是否癫痫：**{{在过去三个月中是否癫痫}}**

20：是否有自杀念头：**{{在过去三个月中是否有自杀念头}}**

21：是否有刺痛感：**{{在过去三个月中是否有刺痛感}}**

22：是否有幻觉：**{{在过去三个月中是否有幻觉}}**

**饮食：**

1：是否有暴食症：**{{在过去三个月中是否有暴食症}}**

2：是否有厌食症：**{{在过去三个月中是否有厌食症}}**

3：是否有食欲不振：**{{在过去三个月中是否有食欲不振}}**

4：是否有节食：**{{在过去三个月中是否有节食}}**

5：是否有嗜盐：**{{在过去三个月中是否有嗜盐}}**

6：是否有嗜糖：**{{在过去三个月中是否有嗜糖}}**

7：是否有嗜辣：**{{在过去三个月中是否有嗜辣}}**

8：是否有嗜巧克力：**{{在过去三个月中是否有嗜巧克力}}**

9：是否有咖啡因依赖：**{{在过去三个月中是否有咖啡因依赖}}**

**消化系统：**

1：是否有牙科问题：**{{在过去三个月中是否有牙科问题}}**

2：是否有牙龈出血：**{{在过去三个月中是否有牙龈出血}}**

3：是否有打嗝：**{{在过去三个月中是否有打嗝}}**

4：是否有口腔溃疡：**{{在过去三个月中是否有口腔溃疡}}**

5：是否有胃酸：**{{在过去三个月中是否有胃酸}}**

6：是否有牙周病：**{{在过去三个月中是否有牙周病}}**

7：是否有唇破裂：**{{在过去三个月中是否有唇破裂}}**

8：是否有咬合不正：**{{在过去三个月中是否有咬合不正}}**

9：是否有口干：**{{在过去三个月中是否有口干}}**

10：是否有吞咽困难：**{{在过去三个月中是否有吞咽困难}}**

11：是否有唇疱疹：**{{在过去三个月中是否有唇疱疹}}**

12：是否有溃疡：**{{在过去三个月中是否有溃疡}}**

13：是否有恶心：**{{在过去三个月中是否有恶心}}**

14：是否有干呕：**{{在过去三个月中是否有干呕}}**

15：是否有呕吐：**{{在过去三个月中是否有呕吐}}**

16：是否有心灼热：**{{在过去三个月中是否有心灼热}}**

17：是否有食道逆流：**{{在过去三个月中是否有食道逆流}}**

18：是否有胃胀气：**{{在过去三个月中是否有胃胀气}}**

19：是否有腹胀气：**{{在过去三个月中是否有腹胀气}}**

20：是否有肠绞痛：**{{在过去三个月中是否有肠绞痛}}**

21：是否有放屁：**{{在过去三个月中是否有放屁}}**

22：是否有胃绞痛：**{{在过去三个月中是否有胃绞痛}}**

23：是否有消化不良：**{{在过去三个月中是否有消化不良}}**

24：是否有肛门痉挛：**{{在过去三个月中是否有肛门痉挛}}**

25：是否有血便：**{{在过去三个月中是否有血便}}**

26：是否有粪便黏溺：**{{在过去三个月中是否有粪便黏溺}}**

27：是否有粪便有强烈臭味：**{{在过去三个月中是否有粪便有强烈臭味}}**

28：是否有粪便有未消化物：**{{在过去三个月中是否有粪便有未消化物}}**

29：是否有痔疮：**{{在过去三个月中是否有痔疮}}**

30：是否有肛痿：**{{在过去三个月中是否有肛痿}}**

31：是否有肛裂：**{{在过去三个月中是否有肛裂}}**

32：每天的大便次数：**{{在过去的三个月中每天的大便次数}}**

**皮肤问题：**

1：是否有背部粉刺：**{{在过去三个月中是否有背部粉刺}}**

2：是否有胸部粉刺：**{{在过去三个月中是否有胸部粉刺}}**

3：是否有面部粉刺：**{{在过去三个月中是否有面部粉刺}}**

4：是否有肩部粉刺：**{{在过去三个月中是否有肩部粉刺}}**

5：是否有黑眼圈：**{{在过去三个月中是否有黑眼圈}}**

6：是否有耳朵变红：**{{在过去三个月中是否有耳朵变红}}**

7：是否有面红：**{{在过去三个月中是否有面红}}**

8：是否有麻疹：**{{在过去三个月中是否有麻疹}}**

9：是否有湿疹：**{{在过去三个月中是否有湿疹}}**

10：是否有皮疹：**{{在过去三个月中是否有皮疹}}**

11：是否有带状疱疹：**{{在过去三个月中是否有带状疱疹}}**

12：是否有皮肤黯沉：**{{在过去三个月中是否有皮肤黯沉}}**

13：是否有皮肤变黑：**{{在过去三个月中是否有皮肤变黑}}**

14：是否有痣的颜色大小变化：**{{在过去三个月中是否有痣的颜色大小变化}}**

15：是否有痣的数量变多：**{{在过去三个月中是否有痣的数量变多}}**

16：是否有油性肤质：**{{在过去三个月中是否有油性肤质}}**

17：是否有块状皮肤黯沉：**{{在过去三个月中是否有块状皮肤黯沉}}**

18：是否有组织上臂下方肿块：**{{在过去三个月中是否有组织上臂下方肿块}}**

19：是否有易瘀伤：**{{在过去三个月中是否有易瘀伤}}**

20：是否有不易流汗：**{{在过去三个月中是否有不易流汗}}**

21：是否有体臭：**{{在过去三个月中是否有体臭}}**

22：是否有掉发：**{{在过去三个月中是否有掉发}}**

23：是否有股藓：**{{在过去三个月中是否有股藓}}**

24：是否有脚臭：**{{在过去三个月中是否有脚臭}}**

**皮肤发痒：**

1：是否有一般皮肤发痒：**{{在过去三个月中是否有一般皮肤发痒}}**

2：是否有头皮发痒：**{{在过去三个月中是否有头皮发痒}}**

3：是否有眼睛发痒：**{{在过去三个月中是否有眼睛发痒}}**

4：是否有鼻子发痒：**{{在过去三个月中是否有鼻子发痒}}**

5：是否有耳道发痒：**{{在过去三个月中是否有耳道发痒}}**

6：是否有嘴角发痒：**{{在过去三个月中是否有嘴角发痒}}**

7：是否有喉部发痒：**{{在过去三个月中是否有喉部发痒}}**

8：是否有手臂发痒：**{{在过去三个月中是否有手臂发痒}}**

9：是否有手头发痒：**{{在过去三个月中是否有手头发痒}}**

10：是否有乳头发痒：**{{在过去三个月中是否有乳头发痒}}**

11：是否有腿发痒：**{{在过去三个月中是否有腿发痒}}**

12：是否有生殖器发痒：**{{在过去三个月中是否有生殖器发痒}}**

13：是否有足部发痒：**{{在过去三个月中是否有足部发痒}}**

14：是否有肛周发痒：**{{在过去三个月中是否有肛周发痒}}**

**皮肤干燥：**

1：是否有一般肌肤干燥：**{{在过去三个月中是否有一般肌肤干燥}}**

2：是否有头皮干燥：**{{在过去三个月中是否有头皮干燥}}**

3：是否有头皮屑干燥：**{{在过去三个月中是否有头皮屑干燥}}**

4：是否有眼睛干燥：**{{在过去三个月中是否有眼睛干燥}}**

5：是否有嘴皮干燥：**{{在过去三个月中是否有嘴皮干燥}}**

6：是否有手部龟裂：**{{在过去三个月中是否有手部龟裂}}**

7：是否有手部蜕皮：**{{在过去三个月中是否有手部蜕皮}}**

8：是否有足部龟裂：**{{在过去三个月中是否有足部龟裂}}**

9：是否有足部蜕皮：**{{在过去三个月中是否有足部蜕皮}}**

**淋巴结：**

1：是否有颈部淋巴结肿大：**{{在过去三个月中是否有颈部淋巴结肿大}}**

2：是否有颈部淋巴结触痛：**{{在过去三个月中是否有颈部淋巴结触痛}}**

3：是否有其他部位肿/痛：**{{在过去三个月中是否有其他部位肿痛}}**

4：是否有淋巴结异常：**{{在过去三个月中是否有淋巴结异常}}**

**指甲：**

1：是否有咬甲症：**{{在过去三个月中是否有咬甲症}}**

2：是否有脆甲症：**{{在过去三个月中是否有脆甲症}}**

3：是否有指甲弯曲：**{{在过去三个月中是否有指甲弯曲}}**

4：是否有指甲磨损：**{{在过去三个月中是否有指甲磨损}}**

5：是否有灰指甲手：**{{在过去三个月中是否有灰指甲手}}**

6：是否有灰指甲脚：**{{在过去三个月中是否有灰指甲脚}}**

7：是否有指甲凹陷：**{{在过去三个月中是否有指甲凹陷}}**

8：是否有表面崎岖：**{{在过去三个月中是否有表面崎岖}}**

9：是否有指甲脊明显：**{{在过去三个月中是否有指甲脊明显}}**

10：是否有软甲：**{{在过去三个月中是否有软甲}}**

11：是否有手指甲变薄：**{{在过去三个月中是否有手指甲变薄}}**

12：是否有脚趾甲变薄：**{{在过去三个月中是否有脚趾甲变薄}}**

13：是否有白点或线条：**{{在过去三个月中是否有白点或线条}}**

**呼吸道：**

1：是否有口臭：**{{在过去三个月中是否有口臭}}**

2：是否有鼻腔气味难闻：**{{在过去三个月中是否有鼻腔气味难闻}}**

3：是否有干咳：**{{在过去三个月中是否有干咳}}**

4：是否有痰性咳嗽：**{{在过去三个月中是否有痰性咳嗽}}**

5：是否有嘶哑：**{{在过去三个月中是否有嘶哑}}**

6：是否有喉咙痛：**{{在过去三个月中是否有喉咙痛}}**

7：是否有花粉过敏：**{{在过去三个月中是否有花粉过敏}}**

8：是否有鼻塞：**{{在过去三个月中是否有鼻塞}}**

9：是否有流鼻血：**{{在过去三个月中是否有流鼻血}}**

10：是否有鼻涕倒流：**{{在过去三个月中是否有鼻涕倒流}}**

11：是否有鼻窦炎：**{{在过去三个月中是否有鼻窦炎}}**

12：是否有打鼾：**{{在过去三个月中是否有打鼾}}**

13：是否有哮喘：**{{在过去三个月中是否有哮喘}}**

**心血管：**

1：心血管是否出现异常：**{{在过去的三个月中心血管是否出现异常}}**

2：是否有心绞痛/胸痛：**{{在过去三个月中是否有心绞痛胸痛}}**

3：是否有呼吸困难：**{{在过去三个月中是否有呼吸困难}}**

4：是否有静脉炎：**{{在过去三个月中是否有静脉炎}}**

5：是否有脚踝/关节肿胀：**{{在过去三个月中是否有脚踝}}**

6：是否有静脉曲张：**{{在过去三个月中是否有静脉曲张}}**

7：是否有心悸：**{{在过去三个月中是否有心悸}}**

8：是否有心杂音：**{{在过去三个月中是否有心杂音}}**

9：是否有心律不齐：**{{在过去三个月中是否有心律不齐}}**

**妇科问题：**

1：是否有漏尿/小便失禁：**{{在过去三个月中是否有漏尿小便失禁}}**

2：是否有尿路感染：**{{在过去三个月中是否有尿路感染}}**

3：是否有膀胱炎：**{{在过去三个月中是否有膀胱炎}}**

4：是否有尿频：**{{在过去三个月中是否有尿频}}**

5：是否有排尿困难：**{{在过去三个月中是否有排尿困难}}**

6：是否有乳房胀痛：**{{在过去三个月中是否有乳房胀痛}}**

7：是否有乳房结节/肿块：**{{在过去三个月中是否有乳房结节}}**

8：是否有性冷淡：**{{在过去三个月中是否有性冷淡}}**

9：是否有阴道干燥：**{{在过去三个月中是否有阴道干燥}}**

10：是否有异常性阴道出血：**{{在过去三个月中是否有异常性阴道出血}}**

11：是否有白带异常：**{{在过去三个月中是否有白带异常}}**

12：是否有崩漏：**{{在过去三个月中是否有崩漏}}**

13：是否有痛经：**{{在过去三个月中是否有痛经}}**

14：是否有阴部瘙痒：**{{在过去三个月中是否有阴部瘙痒}}**

15：是否有阴道异味：**{{在过去三个月中是否有阴道异味}}**

16：是否有反复性宫颈糜烂：**{{在过去三个月中是否有反复性宫颈糜烂}}**

17：是否有卵巢囊肿：**{{在过去三个月中是否有卵巢囊肿}}**

18：是否行房有疼痛感：**{{在过去三个月中是否行房有疼痛感}}**

**填表人：{{姓名}}**