**名一医学调查问卷**

**（女性）**

姓名:**夏文娟**

联系电话:**15243972636**

首诊专家: **秦专家**

专家助理： **苏助理**

填表日期：**2021-5-24**

**基 本 资 料**

姓 名:**夏文娟**

年龄:**24**岁

出生日期:**1996-10-11**

单 位: **鑫和汇**

职业: **健康管理师**

身份证号码: **43050319961011402x**

身高: **158**

体重: **48kg**

血型:**A型**

腰围: **45**

臀围:**55**

腰臀围比(WHR): **1:1.5**

婚姻状况:**未婚**

通讯地址: **湖南省邵阳市**

电话:(移动电话):  **15243972636**

E-mail: **254018479@qq.com**

最佳联络时间: 晚上

时间:  **20：00**

备注:

**健 康 期 望**

1. 整体而言，您觉得自己的健康状况:

**满意**

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?

**改变生活形态#改变饮食习惯**

其他：

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**

5.您最希望我们帮您解决的问题是(请依优先级):

**易疲劳#睡眠问题**

其它:

**健 康 检 查**

您有做例行健康检查或病情追踪的习惯吗?**有**

若是有，多久检查一次:**半年**

最近一次检查时间:**2020-10-11**

通常您做检查的医院是:**邵阳市中心医院**

科别:**内科**

**营 养 补 充 或 药 物**

您目前有使用维生素或营养辅助品吗?**否**

如果有药物名称:

您目前有使用医师处方药吗?

**否**

药名:

您目前有使用中药吗?

**否**

原因:

您目前有进行特殊饮食吗：**无**

其他：

**个 人 及 家 族 病 史**

您过去或最近的医疗状况：**良好**

您是否曾经做过手术治疗：**否**

如果有，日期：

父系家族病史:

**无**

父系家族病史人与您的关系:

母系家族病史:**无**

母系家族病史人与您的关系:

出生史:

出生方式: **顺产**

出生并发症: **无**

是否母乳喂养: **是**

如果是，母乳喂养几个月：**10**

如果否，使用母乳替代品是:

生育史

您目前有性生活么:**否**

若有，频率:

对自己性生活是否满意:

怀孕次数: **无**

分娩次数：**无**

流产次数：**无**

流产原因:

近期有怀孕计划么:**无**

您有小孩么: **无**

若有，男孩个数：

若有女孩个数：

**生活形态**

饮食习惯

曾经做过营养咨询吗：**是**

一周在外用餐几次：**4-6**

哪些符合您的用餐习惯：

**宵夜口味偏重#偶尔不吃早餐**

改变过饮食习惯吗：**是**

改变原因:**健康考虑**

日常生活在意什么食物质量：**比较注重质量**

**社会心理**

1.是否觉得现在的体力明显不如一两年之前：**是**

2.觉得现在的生活是否快乐：**是**

3.现在的你在工作或生活上是否还有明确的目标：**是**

4.是否热爱现在的工作：**是**

5. 现在的生活和工作带给你的压力很大么：**否**

6.到目前为止是否还有让你无法释怀的重大事件：**否**

如果有，是:

7. 曾做过心理咨询么：**否**

8.您的压力来源:**家庭压力重#健康压力重**

**睡眠质量**

1.平均每天睡眠时间: **6~8小时**

2.您有睡眠障碍么? **否**

3. 您是否多梦? **是**

4您是否打鼾?  **否**

5.在起床后是否觉得疲惫? **常常**

6您日常入睡时间: **23点~凌晨1点**

是否服用辅助药物：**否**

辅助药物：

7.您是否有失眠现象: **偶尔**

8.是否会在半夜醒来? **会**

是否能再次轻松入睡？**轻松**

9. 是否会起夜?  **会**

次数：**一次**次/晚

10.是否有固定的睡前习惯?  **是**

**如果有，**睡前习惯：**护肤**

**社会关系**

1.婚姻状况: **未婚**

2.目前和谁一同居住?

其他:

3.家庭活动频率:

其他:

4.朋友聚会约会频率:

其他:

5. 最近一次外出旅游:

6. 是否有宗教信仰:

如果有，宗教信仰为：

**吸烟习惯**

1.是否吸烟:

2. 烟龄:

3.每日烟量:

4.曾尝试戒烟?

戒烟周期:

**饮酒习惯**

1.是否饮酒?

2. 饮酒类型:

3. 是否因为饮酒产生健康问题:

如果有，问题是：

**工作习惯**

1.每天工作时间:

2.每周工作天数:

3.工作环境:

接触危险品:

工作时间饮水量:

**生活习惯**

1. 经常染发:

2.家里是否使用净水器:

3. 是否常常看电视、玩电脑?

4.是否常喝各种软饮、茶、咖啡?

喝更多

5. 是否对灰尘、宠物毛发、清洁剂等有机溶剂过敏?

6.是否常常把农物送去干洗?

7.家中清洁频率? 其他：

8.日常运动频率:

其他：

习惯:

特定运动:

9.洗澡频率:

其他：

10.是否有特定生活爱好，如侍弄花鸟虫鱼，养宠物等:

**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。

2: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?

4: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?

6:请勾选您目前的月经状况:

其他特殊症状:

7: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?

9:您的初潮年龄:

10:通常情况经期间隔天数:

11:前次月经开始日(LMP)：，经期天数:

12:两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：

最近一次骨质密度检查时间：

最近一次荷尔蒙检查时间：

最近一次甲状腺检查时间：

14：您曾经服用过人工合成或天然提取的荷尔蒙么?

15：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:

**妇科病史**

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。

异常内容：

检查时间 ：

复查时间：

治疗手段：

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？

2: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？

4: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？**

**6: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：**

**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 |
| 手脚冰冷 |  |  |  |  |
| 畏寒 |  |  |  |  |
| 体温低 |  |  |  |  |
| 低血压 |  |  |  |  |
| 白天嗜睡 |  |  |  |  |
| 失眠 |  |  |  |  |
| 早醒 |  |  |  |  |
| 疲劳 |  |  |  |  |
| 发烧 |  |  |  |  |
| 热潮红 |  |  |  |  |
| 热耐受低 |  |  |  |  |
| 梦游 |  |  |  |  |
| 恶梦 |  |  |  |  |
| 无法安睡 |  |  |  |  |
| **头及五官** | | | | |
| 结膜炎 |  |  |  |  |
| 黄斑部病变 |  |  |  |  |
| 飞蚊症 |  |  |  |  |
| 视网膜脱落 |  |  |  |  |
| 眼痛 |  |  |  |  |
| 眼球充血 |  |  |  |  |
| 眼睑边缘充血红肿 |  |  |  |  |
| 眼部分泌物多 |  |  |  |  |
| 眼花 |  |  |  |  |
| 迎风流泪 |  |  |  |  |
| 听力下降 |  |  |  |  |
| 耳鸣 |  |  |  |  |
| 耳胀感 |  |  |  |  |
| 耳疼 |  |  |  |  |
| 唤觉能力下降 |  |  |  |  |
| 鼻塞 |  |  |  |  |
| 流涕 |  |  |  |  |
| 味觉不敏感 |  |  |  |  |
| 味觉障碍 |  |  |  |  |
| 紧张性头痛 |  |  |  |  |
| 偏头痛 |  |  |  |  |
| 头胀痛 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **肌肉骨骼** | | | | |
| 背部抽筋 |  |  |  |  |
| 小腿疼痛 |  |  |  |  |
| 足部疼痛 |  |  |  |  |
| 关节变形 |  |  |  |  |
| 关节僵硬 |  |  |  |  |
| 关节疼痛 |  |  |  |  |
| 关节红肿 |  |  |  |  |
| 肌肉疼痛 |  |  |  |  |
| 肌肉痉挛 |  |  |  |  |
| 肌肉僵硬 |  |  |  |  |
| 眼部肌肉抽搐 |  |  |  |  |
| 四肢肌肉抽搐 |  |  |  |  |
| 肌无力 |  |  |  |  |
| 颈部肌肉痉挛 |  |  |  |  |
| 肌腱炎 |  |  |  |  |
| 下颌关节疼痛 |  |  |  |  |
| **情绪/神经** | | | | |
| 空间恐惧症 |  |  |  |  |
| 焦虑 |  |  |  |  |
| 幻听 |  |  |  |  |
| 忧郁 |  |  |  |  |
| 短暂昏厥 |  |  |  |  |
| 空间恐惧症焦虑 |  |  |  |  |
| 专注力障碍 |  |  |  |  |
| 平衡障碍 |  |  |  |  |
| 思虑障碍 |  |  |  |  |
| 判断力障碍 |  |  |  |  |
| 对话障碍 |  |  |  |  |
| 记忆障碍 |  |  |  |  |
| 眩晕 |  |  |  |  |
| 昏倒 |  |  |  |  |
| 恐慌 |  |  |  |  |
| 易怒 |  |  |  |  |
| 全身发麻 |  |  |  |  |
| 妄想症 |  |  |  |  |
| 癫痫 |  |  |  |  |
| 自杀念头 |  |  |  |  |
| 刺痛感 |  |  |  |  |
| 幻觉 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **饮食** | | | | |
| 暴食症 |  |  |  |  |
| 厌食症 |  |  |  |  |
| 食欲不振 |  |  |  |  |
| 节食 |  |  |  |  |
| 嗜盐 |  |  |  |  |
| 嗜糖 |  |  |  |  |
| 嗜辣 |  |  |  |  |
| 嗜巧克力 |  |  |  |  |
| 咖啡因依赖 |  |  |  |  |
| **消化系统** | | | | |
| 牙科问题 |  |  |  |  |
| 牙龈出血 |  |  |  |  |
| 打嗝 |  |  |  |  |
| 口腔溃疡 |  |  |  |  |
| 胃酸 |  |  |  |  |
| 牙周病 |  |  |  |  |
| 唇破裂 |  |  |  |  |
| 咬合不正 |  |  |  |  |
| 口干 |  |  |  |  |
| 吞咽困难 |  |  |  |  |
| 唇疱疹 |  |  |  |  |
| 溃疡 |  |  |  |  |
| 恶心 |  |  |  |  |
| 干呕 |  |  |  |  |
| 呕吐 |  |  |  |  |
| 心灼热 |  |  |  |  |
| 食道逆流 |  |  |  |  |
| 胃胀气 |  |  |  |  |
| 腹胀气 |  |  |  |  |
| 放屁 |  |  |  |  |
| 胃绞痛 |  |  |  |  |
| 肠绞痛 |  |  |  |  |
| 消化不良 |  |  |  |  |
| 肛门痉挛 |  |  |  |  |
| 血便 |  |  |  |  |
| 粪便黏溺 |  |  |  |  |
| 粪便有强烈臭味 |  |  |  |  |
| 粪便有未消化物 |  |  |  |  |
| 痔疮 |  |  |  |  |
| 肛痿 |  |  |  |  |
| 肛裂 |  |  |  |  |
| 大便次数/天 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **皮肤问题** | | | | |
| 背部粉刺 |  |  |  |  |
| 胸部粉刺 |  |  |  |  |
| 面部粉刺 |  |  |  |  |
| 肩部粉刺 |  |  |  |  |
| 黑眼圈 |  |  |  |  |
| 耳朵变红 |  |  |  |  |
| 面红 |  |  |  |  |
| 麻疹 |  |  |  |  |
| 湿疹 |  |  |  |  |
| 皮修 |  |  |  |  |
| 带状疱疹 |  |  |  |  |
| 皮肤黯沉 |  |  |  |  |
| 皮肤变黑 |  |  |  |  |
| 痣的颜色大小变化 |  |  |  |  |
| 痣的数量变多 |  |  |  |  |
| 油性肤质 |  |  |  |  |
| 块状皮肤黯沉 |  |  |  |  |
| 组织上臂下方肿块 |  |  |  |  |
| 易瘀伤 |  |  |  |  |
| 不易流汗 |  |  |  |  |
| 体臭 |  |  |  |  |
| 掉发 |  |  |  |  |
| 股癣 |  |  |  |  |
| 脚臭 |  |  |  |  |
| **皮肤发痒** | | | | |
| 一般皮肤 |  |  |  |  |
| 头皮 |  |  |  |  |
| 眼睛 |  |  |  |  |
| 鼻子 |  |  |  |  |
| 耳道 |  |  |  |  |
| 嘴角 |  |  |  |  |
| 喉部 |  |  |  |  |
| 手臂 |  |  |  |  |
| 手 手 |  |  |  |  |
| 乳头 |  |  |  |  |
| 腿 |  |  |  |  |
| 生殖器 |  |  |  |  |
| 足部 |  |  |  |  |
| 肛周 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **皮肤干燥** | | | | |
| 一般肌肤 |  |  |  |  |
| 头皮 |  |  |  |  |
| 头皮屑 |  |  |  |  |
| 头发 |  |  |  |  |
| 眼睛 |  |  |  |  |
| 嘴皮 |  |  |  |  |
| 手部龟裂 |  |  |  |  |
| 手部蜕皮 |  |  |  |  |
| 足部龟裂 |  |  |  |  |
| 足部蜕皮 |  |  |  |  |
| **淋巴结** | | | | |
| 颈部淋巴结肿大 |  |  |  |  |
| 颈部淋巴结触痛 |  |  |  |  |
| 其他部位肿/痛 |  |  |  |  |
| 淋巴结异常 |  |  |  |  |
| **指甲** | | | | |
| 咬甲症 |  |  |  |  |
| 脆甲症 |  |  |  |  |
| 指甲弯曲 |  |  |  |  |
| 指甲磨损 |  |  |  |  |
| 灰指甲 手 |  |  |  |  |
| 灰指甲 脚 |  |  |  |  |
| 指甲凹陷 |  |  |  |  |
| 表面崎岖 |  |  |  |  |
| 指甲脊明显 |  |  |  |  |
| 软甲 |  |  |  |  |
| 手指甲变薄 |  |  |  |  |
| 脚趾甲变薄 |  |  |  |  |
| 白点或线条 |  |  |  |  |
| **呼吸道** | | | | |
| ☐臭 |  |  |  |  |
| 鼻腔气味难闻 |  |  |  |  |
| 干咳 |  |  |  |  |
| 有痰性咳嗽 |  |  |  |  |
| 嘶哑 |  |  |  |  |
| 喉咙痛 |  |  |  |  |
| 花粉过敏 |  |  |  |  |
| 鼻塞 |  |  |  |  |
| 流鼻血 |  |  |  |  |
| 鼻涕倒流 |  |  |  |  |
| 鼻窦炎 |  |  |  |  |
| 打鼾 |  |  |  |  |
| 哮喘 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **心血管** | | | | |
| 心血管 |  |  |  |  |
| 心绞痛 / 胸痛 |  |  |  |  |
| 呼吸困难 |  |  |  |  |
| 静脉炎 |  |  |  |  |
| 脚踝/关节肿胀 |  |  |  |  |
| 静脉曲张 |  |  |  |  |
| 心悸 |  |  |  |  |
| 心杂音 |  |  |  |  |
| 心律不齐 |  |  |  |  |
| **妇科问题** | | | | |
| 漏尿 /小便失禁 |  |  |  |  |
| 尿路感染 |  |  |  |  |
| 膀胱炎 |  |  |  |  |
| 尿频 |  |  |  |  |
| 排尿困难 |  |  |  |  |
| 乳房胀痛 |  |  |  |  |
| 乳房结节/肿块 |  |  |  |  |
| 性冷淡 |  |  |  |  |
| 阴道干燥 |  |  |  |  |
| 异常性阴道出血 |  |  |  |  |
| 白带异常 |  |  |  |  |
| 崩漏 |  |  |  |  |
| 痛经 |  |  |  |  |
| 阴部瘙痒 |  |  |  |  |
| 阴道异味 |  |  |  |  |
| 反复性宫颈糜烂 |  |  |  |  |
| 卵巢囊肿 |  |  |  |  |
| 行房有疼痛感 |  |  |  |  |

**其他**：

**填表人：**