**名一医学调查问卷**

**（女性）**

姓名:**平**

联系电话:**15173389219**

首诊专家:

专家助理：

填表日期：**20210617**

**基 本 资 料**

姓 名:**平**

年龄:**25**岁

出生日期:**961019**

单 位: **百岁人生**

职业: **综合岗**

身份证号码:

身高: **160**

体重: **60**

血型:**O型**

腰围: **80**

臀围:**85**

腰臀围比(WHR): **80:85**

婚姻状况:**未婚**

通讯地址: **无**

电话:(移动电话):  **15173389219**

E-mail:

最佳联络时间: 上午

时间:  **8:00**

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#找出适合自己的保健方式#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#营养辅助品**

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):

**体重问题#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?**无**

若是有，多久检查一次:

最近一次检查时间:

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?**无**

如果有药物名称:

您目前有使用医师处方药吗?

**无**

药名:

您目前有使用中药吗?

**无**

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:**无**

母系家族病史:**无**

母系家族病史人与您的关系:**无**

出生史:

出生方式: **顺产**

出生并发症: **无**

是否母乳喂养: **否**

如果是，母乳喂养几个月：

如果否，使用母乳替代品是: **三鹿奶粉**

生育史

您目前有性生活么:**无**

若有，频率:

对自己性生活是否满意:

怀孕次数: **1**

分娩次数：**0**

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：**否**

一周在外用餐几次：**4-6**

哪些符合您的用餐习惯：

**用餐时间不稳定#偶尔不吃早餐**

改变过饮食习惯吗：**否**

改变原因:

日常生活在意什么食物质量：**一般**

**社会心理**

1.是否觉得现在的体力明显不如一两年之前：**否**

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**

**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? **是**

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? **偶尔**

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: **从不**

8.是否会在半夜醒来? **会**

是否能再次轻松入睡？**很难**

9. 是否会起夜?  **会**

次数：**2**次/晚

10.是否有固定的睡前习惯?  **否**

**如果有，**睡前习惯：

**社会关系**

1.婚姻状况: **未婚**

2.目前和谁一同居住? **伴侣**

其他:

3.家庭活动频率: **每天**

其他:

4.朋友聚会约会频率: **每周**

其他:

5. 最近一次外出旅游: **很久没有了**

6. 是否有宗教信仰:  **是**

如果有，宗教信仰为：**基督教**

**吸烟习惯**

1.是否吸烟: **否**

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? **否**

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: **4-8小时**

2.每周工作天数:**5-6天**

3.工作环境:

**久坐**

接触危险品:**无**

工作时间饮水量: **1500ml以上**

**生活习惯**

1. 经常染发: **否**

2.家里是否使用净水器:**否**

3. 是否常常看电视、玩电脑? **是**

4.是否常喝各种软饮、茶、咖啡? **否**

喝更多

5. 是否对灰尘、宠物毛发、清洁剂等有机溶剂过敏? **否**

6.是否常常把农物送去干洗? **否**

7.家中清洁频率? **一周至少一次** 其他：

8.日常运动频率: **每天**

其他：

习惯: **散步**

特定运动:

9.洗澡频率: **每天**

其他：

10.是否有特定生活爱好，如侍弄花鸟虫鱼，养宠物等:

**无**

**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。

**轻微身体不适**

2:您以前的经前症候群反应如何? **偶发**

3:最近一次明显的经前症候群是什么时候?**月经前三天**

4:您的经前症候群症状是随着年龄增加:**越来越明显（严重）**

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?

**无**

6:请勾选您目前的月经状况:**轻微痛经**

其他特殊症状:

7:最近一次月经时间: **2月**

8:是否曾出现过几个月不来月经的情况? **否**

9:您的初潮年龄:**15**

10:通常情况经期间隔天数:**25**

11:前次月经开始日(LMP)：**150**，经期天数:**3**

12:两次月经期间会有出血现象么? **不会**

13: 最近一次涂片检查时间：**无**

最近一次胆固醇检查时间：**4月**

最近一次乳房超音波或X光检查时间：**2020年**

最近一次骨质密度检查时间：**无**

最近一次荷尔蒙检查时间： **无**

最近一次甲状腺检查时间：**5月**

14：您曾经服用过人工合成或天然提取的荷尔蒙么? **无**

15：您有尝试过中医调理或其他的调理方式调理月经么? **无**

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?

**无**

您是否做过以下手术，如做过请备注时间。

**无**

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？

**无**

2:在过去一个月中是否感到尿频，便后2小时内又有便意？

**无**

3:在过去一个月中是否有尿急，感觉忍不住？

**无**

4:在过去一个月中是否存在忍尿无力，尿流细弱的情况？

**极少情况**

**5:在过去一个月中排尿是否费力，需要用力才能开始排尿？**

**无**

**6:晚上醒来小便的次数是：**

**2**

**7:按当前排尿状况,对自己生活品质打分：**

**不满意**

**医学测评**

**在过去三个月中，**

**个人情况：**

1：是否手脚冰冷：**轻微**

2：是否畏寒：**轻微**

3：是否体温低：**轻微**

4：是否低血压：**轻微**

5：是否白天嗜睡：**轻微**

6：是否失眠：**无**

7：是否早醒：**轻微**

8：是否疲劳：**无**

9：是否发烧：**无**

10：是否热潮红：**无**

11：是否热耐受低：**无**

12：是否梦游：**无**

13：是否噩梦：**无**

14：是否无法安睡：**无**

**头及五官：**

1：是否结膜炎：**无**

2：是否黄斑部病变：**无**

3：是否飞蚊症：**无**

4：是否视网膜脱落：**无**

5：是否眼痛：**无**

6：是否眼球充血：**无**

7：是否眼脸边缘充血红肿：**无**

8：是否眼部分泌物多：**无**

9：是否眼花：**无**

10：是否迎风流泪：**无**

11：是否听力下降：**无**

12：是否耳鸣：**轻微**

13：是否耳胀感：**轻微**

14：是否耳疼：**无**

15：是否唤觉能力下降：**无**

16：是否鼻塞：**无**

17：是否流涕：**无**

18：是否味觉不敏感：**无**

19：是否味觉障碍：**无**

20：是否紧张性头痛：**无**

21：是否偏头痛：**轻微**

22：是否头胀痛：**轻微**

**肌肉骨骼：**

1：是否背部抽筋：**轻微**

2：是否小腿疼痛：**轻微**

3：是否足部疼痛：**中等**

4：是否关节变形：**轻微**

5：是否关节僵硬：**轻微**

6：是否关节疼痛：**严重**

7：是否关节红肿：**轻微**

8：是否肌肉疼痛：**轻微**

9：是否肌肉痉挛：**轻微**

10：是否肌肉僵硬：**中等**

11：是否眼部肌肉抽搐：**中等**

12：是否四肢肌肉抽搐：**轻微**

13：是否四肢肌无力：**中等**

14：是否颈部肌肉痉挛：**中等**

15：是否肌腱炎：**中等**

16：是否下颌关节疼痛：**严重**

**情绪/神经：**

1：是否空间恐惧症：**无**

2：是否焦虑：**轻微**

3：是否幻听：**轻微**

4：是否忧郁：**轻微**

5：是否短暂昏厥：**轻微**

6：是否空间恐惧症焦虑：**无**

7：是否专注力障碍：**无**

8：是否平衡障碍：**无**

9：是否思虑障碍：**无**

10：是否判断力障碍：**无**

11：是否对话障碍：**无**

12：是否记忆障碍：**无**

13：是否眩晕：**无**

14：是否昏倒：**无**

15：是否恐慌：**轻微**

16：是否易怒：**轻微**

17：是否全身发麻：**无**

18：是否妄想症：**无**

19：是否癫痫：**轻微**

20：是否有自杀念头：**无**

21：是否有刺痛感：**无**

22：是否有幻觉：**轻微**

**饮食：**

1：是否有暴食症：**无**

2：是否有厌食症：**无**

3：是否有食欲不振：**无**

4：是否有节食：**无**

5：是否有嗜盐：**无**

6：是否有嗜糖：**无**

7：是否有嗜辣：**无**

8：是否有嗜巧克力：**无**

9：是否有咖啡因依赖：**无**

**消化系统：**

1：是否有牙科问题：**无**

2：是否有牙龈出血：**轻微**

3：是否有打嗝：**轻微**

4：是否有口腔溃疡：**无**

5：是否有胃酸：**无**

6：是否有牙周病：**无**

7：是否有唇破裂：**无**

8：是否有咬合不正：**无**

9：是否有口干：**轻微**

10：是否有吞咽困难：**无**

11：是否有唇疱疹：**无**

12：是否有溃疡：**无**

13：是否有恶心：**轻微**

14：是否有干呕：**轻微**

15：是否有呕吐：**轻微**

16：是否有心灼热：**轻微**

17：是否有食道逆流：**轻微**

18：是否有胃胀气：**轻微**

19：是否有腹胀气：**轻微**

20：是否有肠绞痛：**轻微**

21：是否有放屁：**轻微**

22：是否有胃绞痛：**无**

23：是否有消化不良：**无**

24：是否有肛门痉挛：**无**

25：是否有血便：**无**

26：是否有粪便黏溺：**无**

27：是否有粪便有强烈臭味：**无**

28：是否有粪便有未消化物：**无**

29：是否有痔疮：**无**

30：是否有肛痿：**无**

31：是否有肛裂：**无**

32：每天的大便次数：**1天1次**

**皮肤问题：**

1：是否有背部粉刺：**轻微**

2：是否有胸部粉刺：**轻微**

3：是否有面部粉刺：**轻微**

4：是否有肩部粉刺：**轻微**

5：是否有黑眼圈：**无**

6：是否有耳朵变红：**无**

7：是否有面红：**无**

8：是否有麻疹：**无**

9：是否有湿疹：**无**

10：是否有皮疹：**无**

11：是否有带状疱疹：**无**

12：是否有皮肤黯沉：**轻微**

13：是否有皮肤变黑：**轻微**

14：是否有痣的颜色大小变化：**轻微**

15：是否有痣的数量变多：**无**

16：是否有油性肤质：**无**

17：是否有块状皮肤黯沉：**无**

18：是否有组织上臂下方肿块：**无**

19：是否有易瘀伤：**无**

20：是否有不易流汗：**无**

21：是否有体臭：**无**

22：是否有掉发：**无**

23：是否有股藓：**无**

24：是否有脚臭：**无**

**皮肤发痒：**

1：是否有一般皮肤发痒：**无**

2：是否有头皮发痒：**无**

3：是否有眼睛发痒：**无**

4：是否有鼻子发痒：**无**

5：是否有耳道发痒：**无**

6：是否有嘴角发痒：**无**

7：是否有喉部发痒：**无**

8：是否有手臂发痒：**无**

9：是否有手头发痒：**无**

10：是否有乳头发痒：**无**

11：是否有腿发痒：**无**

12：是否有生殖器发痒：**无**

13：是否有足部发痒：**无**

14：是否有肛周发痒：**无**

**皮肤干燥：**

1：是否有一般肌肤干燥：**无**

2：是否有头皮干燥：**无**

3：是否有头皮屑干燥：**无**

4：是否有眼睛干燥：**无**

5：是否有嘴皮干燥：**无**

6：是否有手部龟裂：**无**

7：是否有手部蜕皮：**无**

8：是否有足部龟裂：**无**

9：是否有足部蜕皮：**无**

**淋巴结：**

1：是否有颈部淋巴结肿大：**无**

2：是否有颈部淋巴结触痛：**无**

3：是否有其他部位肿/痛：**无**

4：是否有淋巴结异常：**无**

**指甲：**

1：是否有咬甲症：**无**

2：是否有脆甲症：**无**

3：是否有指甲弯曲：**无**

4：是否有指甲磨损：**无**

5：是否有灰指甲手：**无**

6：是否有灰指甲脚：**无**

7：是否有指甲凹陷：**无**

8：是否有表面崎岖：**无**

9：是否有指甲脊明显：**无**

10：是否有软甲：**无**

11：是否有手指甲变薄：**无**

12：是否有脚趾甲变薄：**无**

13：是否有白点或线条：**无**

**呼吸道：**

1：是否有口臭：**轻微**

2：是否有鼻腔气味难闻：**无**

3：是否有干咳：**轻微**

4：是否有痰性咳嗽：**无**

5：是否有嘶哑：**无**

6：是否有喉咙痛：**无**

7：是否有花粉过敏：**无**

8：是否有鼻塞：**无**

9：是否有流鼻血：**无**

10：是否有鼻涕倒流：**无**

11：是否有鼻窦炎：**无**

12：是否有打鼾：**无**

13：是否有哮喘：**无**

**心血管：**

1：心血管是否出现异常：**无**

2：是否有心绞痛/胸痛：**无**

3：是否有呼吸困难：**无**

4：是否有静脉炎：**轻微**

5：是否有脚踝/关节肿胀：

6：是否有静脉曲张：**无**

7：是否有心悸：**无**

8：是否有心杂音：**无**

9：是否有心律不齐：**无**

**妇科问题：**

1：是否有漏尿/小便失禁：**无**

2：是否有尿路感染：**轻微**

3：是否有膀胱炎：**无**

4：是否有尿频：**无**

5：是否有排尿困难：**无**

6：是否有乳房胀痛：**轻微**

7：是否有乳房结节/肿块：

8：是否有性冷淡：**无**

9：是否有阴道干燥：**无**

10：是否有异常性阴道出血：**无**

11：是否有白带异常：**轻微**

12：是否有崩漏：**无**

13：是否有痛经：**无**

14：是否有阴部瘙痒：**轻微**

15：是否有阴道异味：**轻微**

16：是否有反复性宫颈糜烂：**无**

17：是否有卵巢囊肿：**无**

18：是否行房有疼痛感：**无**

**填表人：平**