**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：**20210616**

**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:

电话:(移动电话):  **15173389219**

E-mail:

最佳联络时间: 上午

时间:

备注:

**健 康 期 望**

1. 整体而言，您觉得自己的健康状况:

**尚可**

2.您接受检查是希望:(可复选)

**找出身体不适的原因#找出适合自己的保健方式**

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?

**合格的健康状况**

5.您最希望我们帮您解决的问题是(请依优先级):

**体重问题#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?**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：

您是否曾经做过手术治疗：

如果有，日期：

父系家族病史:

父系家族病史人与您的关系:

母系家族病史:

母系家族病史人与您的关系:

出生史:

出生方式:

出生并发症:

是否母乳喂养:

如果是，母乳喂养几个月：

如果否，使用母乳替代品是:

生育史

您目前有性生活么:

若有，频率:

对自己性生活是否满意:

怀孕次数:

分娩次数：

流产次数：

流产原因:

近期有怀孕计划么:

您有小孩么:

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：

一周在外用餐几次：

哪些符合您的用餐习惯：

改变过饮食习惯吗：

改变原因:

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：

2.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：

4.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：

6.到目前为止是否还有让你无法释怀的重大事件：

如果有，是:

7. 曾做过心理咨询么：

8.您的压力来源:

**睡眠质量**

1.平均每天睡眠时间:

2.您有睡眠障碍么?

3. 您是否多梦?

4您是否打鼾?

5.在起床后是否觉得疲惫?

6您日常入睡时间:

是否服用辅助药物：

辅助药物：

7.您是否有失眠现象:

8.是否会在半夜醒来?

是否能再次轻松入睡？

9. 是否会起夜?

次数：次/晚

10.是否有固定的睡前习惯?

**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?

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，**

**个人情况：**

1：是否手脚冰冷：**无**

2：是否畏寒：**轻微**

3：是否体温低：**中等**

4：是否低血压：**严重**

5：是否白天嗜睡：**无**

6：是否失眠：**无**

7：是否早醒：**中等**

8：是否疲劳：**轻微**

9：是否发烧：**中等**

10：是否热潮红：**严重**

11：是否热耐受低：**严重**

12：是否梦游：**轻微**

13：是否噩梦：**中等**

14：是否无法安睡：**中等**

**头及五官：**

1：是否结膜炎：**轻微**

2：是否黄斑部病变：**严重**

3：是否飞蚊症：**轻微**

4：是否视网膜脱落：**中等**

5：是否眼痛：**中等**

6：是否眼球充血：**严重**

7：是否眼脸边缘充血红肿：**轻微**

8：是否眼部分泌物多：**无**

9：是否眼花：**中等**

10：是否迎风流泪：**中等**

11：是否听力下降：**严重**

12：是否耳鸣：**轻微**

13：是否耳胀感：**中等**

14：是否耳疼：**中等**

15：是否唤觉能力下降：**中等**

16：是否鼻塞：**轻微**

17：是否流涕：**严重**

18：是否味觉不敏感：**无**

19：是否味觉障碍：**中等**

20：是否紧张性头痛：**轻微**

21：是否偏头痛：**中等**

22：是否头胀痛：**轻微**

**填表人：平**