

问诊票 (1)

姓名:

出生年月日:

性别:

问诊票将由扫描器读取, 请用**黑色铅笔 (2B 以上)**填写。

※在对应的方框内画○

[1]. 是否曾患过以下疾病, 并接受过相应治疗。

如果是正在接受治疗的客户, 目前是否有在服用药物, 也请作相应的回答。

- 1 高血压 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 2 糖尿病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
(包括易患糖尿病高危人群) →
- 3 脂质异常症 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
(胆固醇, 甘油, 丙三醇异常) →
- 4 脑部疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
(脑梗塞, 脑出血等) →
- 5 心脏病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
(冠心病, 心肌梗塞等) →
- 6 慢性肾不全 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 7 末梢动脉疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
(闭塞性动脉硬化症等) →
- 8 贫血 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 9 肺, 支气管 (呼吸系统) 疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 10 肠胃疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 11 肝脏, 胆囊, 胰腺炎疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 12 甲状腺疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 13 痛风 (高尿酸血症) 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→
- 14 风湿病或胶原病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)
→

问诊票 (2)

问诊票将由扫描器读取，请用**黑色铅笔 (2B 以上)** 填写。

※在对应的方框内画○

15 骨质酥松或脊柱压迫性骨折 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

16 骨，关节，肌肉 (整形外科) 疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

17 忧郁症等心理疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

18 眼部疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

19 耳，鼻，喉 (耳鼻喉科) 疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

20 皮肤疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

21 尿路结石，膀胱炎等泌尿科疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

22 男性前列腺疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

23 女性妇科疾病 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

24 癌症 否 是 回答是的客户 医院诊疗中 服药中 (含注射)

(可与上述病症重复勾选)

→ 哪个部位的癌症 ()

25 如果还有其它特别担心的病症或医生特别嘱咐需要留意的病症，还有正在服用中的药物也请填写在下方。

1. 近一年内是否有做过胃镜

是 否

2. 近一年内是否有做过肠镜

是 否

3. 体内是否有金属物 (假牙，心脏支架，钉板，结孕环，纹身等)

是 (其它:) 否

※针对女性客户的问题

最近的一次经期从 月 日开始持续了 天

正处中或者疑似怀孕中 正处生理期 已绝经



问诊票 (3)

问诊票将由扫描器读取，请用**黑色铅笔 (2B 以上)** 填写。

※在对应的方框内画○

[2]. 现在有吸烟的习惯吗 是 否

回答“是”的人：一天 根 X 年 (请填写数字)

禁烟以来的年数 年 (请填写数字)

[3]. 酒 (清酒、白酒、啤酒、洋酒等) 饮用频率

每日	每周	每周	每周	每月	不
	5~6 日	3~4 日	1~2 日	数次	饮酒
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

请在对应的方框内画○

喝酒的人：平均一天的饮酒量是多少？

1 合未 满	1~2 合 未 满	2~3 合 未 满	3 合以上
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※1 合约为 180ml：一
瓶中瓶啤酒 (约 500ml)、
白酒 35 度 (80ml)、威士
忌 1 杯 (60ml)、葡萄酒
2 杯 (240ml)

[4]. 一次 30 分钟以上的轻度流汗运动，每周 2 次以上，是否有坚持 1 年以上？ 是 否

[5]. 日常生活中的步行或是同等程度的身体活动 (自行车，广播体操，高尔夫等)， 是 否
是否有坚持每天 1 小时以上？

[6]. 与同年龄，同性别的人相比较，步行速度是否算快？ 快 普通 慢

[7]. 与他人相比，吃饭速度是否算快？ 是 否

[8]. 一周是否 3 天以上不吃早餐？ 是 否

[9]. 每周是否 3 次以上在晚饭后吃夜宵？ 是 否

[10]. 每周是否 3 次以上在睡前 2 小时以内吃晚饭？ 是 否

问诊票 (4)

问诊票将由扫描器读取，请用**黑色铅笔 (2B 以上)** 填写。

※在对应的方框内画○

[11]. 20 岁时以来的体重，是否出现过 10kg 以上的体重增减？ 增 减 不变

[12]. 在没有特别注意的情况下，过去一年内是否有过 3kg 以上的体重增减？ 增 减 不变

[13]. 平均睡眠时间大概为多少小时？

4 小时 以下	5~6 小时	7~8 小时	9~10 小时	11 小时 以上
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[14]. 是否有考虑过改善运动，饮食生活习惯？

没有改善的打算。

半年内打算改善。

一个月内打算改善，并一点点的付诸行动。

正在着手改善（半年未滿）

正在着手改善（半年以上）

<input type="checkbox"/>	}	请在对应方框内画○
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

[15]. 如果有接受专业保健指导的机会，是否想要利用？ 是 否

[16]. 有血缘关系的家族成员（父母，兄弟姐妹），正在罹患或是曾经罹患过的疾病。

请在对应的方框内画○（可勾选多项）

	高血压	糖尿病	高血脂	心肌梗塞	冠心病 脑梗塞	蛛网膜下 出血	癌症	认知障碍
父	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
兄弟姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
其它								
父	()
母	()
兄弟姐妹	()