

健康体检问卷

一、基本信息

姓名: _____ 性别: ☐男 ☐女 出生日期: ____年____月____日

二、健康史—家族史

1. 您的父母或兄弟姐妹是否患有明确诊断的疾病? A. 是 B. 否

1-1. 请选择疾病的名称:(可多选)

A. 高血压病 B. 脑卒中 C. 冠心病 D. 外周血管病 E. 心力衰竭 F. 糖尿病 G. 肥胖症
H. 慢性肾脏疾病 I. 慢性阻塞性肺病 J. 骨质疏松 K. 痛风 L. 恶性肿瘤 M. 风湿免疫性
疾病 N. 精神疾病 O. 其他_____

1-2. 请确定所患的恶性肿瘤名称:

A. 肺癌 B. 肝癌 C. 胃癌 D. 食管癌 E. 结直肠癌 F. 白血病 G. 脑瘤 H. 乳腺癌
I. 胰腺癌 J. 骨癌 K. 膀胱癌 L. 鼻咽癌 M. 宫颈癌 N. 子宫癌 O. 前列腺癌 P. 卵巢癌
Q. 甲状腺癌 R. 皮肤癌 S. 其他_____

三、健康史—现病史

2. 您是否患有明确诊断的疾病或异常? A. 是 B. 否

2-1. 请您确认具体疾病或异常的名称:(可多选)

A. 高血压 B. 脑卒中 C. 冠心病 D. 外周血管病 E. 糖尿病 F. 脂肪肝 G. 慢性肾脏疾病
H. 慢性胃炎或胃溃疡 I. 幽门螺杆菌感染 J. 胃息肉 K. 肠道息肉 L. 慢性阻塞性肺病
M. 哮喘 N. 慢性胰腺炎 O. 骨质疏松 P. 慢性肝炎或肝硬化 Q. 慢性胆囊炎、胆石症
R. 结核病 S. 类风湿性关节炎 T. 前列腺炎或肥大 U. 慢性乳腺疾病 V. 人乳头瘤病毒
(HPV) 感染 W. 血脂异常 X. 尿酸升高 Y. 恶性肿瘤 Z. 其他_____

2-2. 请确定您所患的恶性肿瘤名称:

A. 肺癌 B. 肝癌 C. 胃癌 E. 食管癌 F. 结直肠癌 G. 白血病 H. 脑瘤 I. 乳腺癌
J. 胰腺癌 K. 骨癌 L. 膀胱癌 M. 鼻咽癌 N. 宫颈癌 O. 子宫癌 P. 前列腺癌 Q. 卵巢癌
R. 甲状腺癌 S. 皮肤癌 T. 其他_____

2-3. 请填写您被诊断患有上述疾病或异常的年龄_____岁。

四、健康史—过敏史

3. 您是否出现过过敏? A. 是 B. 否

3-1. 请选择过敏源? (可多选)

A. 青霉素 B. 磺胺类 C. 链霉素 D. 头孢类 E. 鸡蛋 F. 牛奶 G. 海鲜 H. 花粉或尘螨
I. 蛋白质 J. 生物制剂 K. 化妆品 L. 其他_____

4. 您是否有患过传染性疾病, 或与患者有传染病人有过亲密接触? A. 是 B. 否

4-1. 请您确认具体疾病: A 肺结核 B 乙型 C 丙型肝炎 D 艾滋病 E 梅毒 F 淋病

5. 您是否有过自身免疫性疾病或长期使用免疫抑制剂? A. 是 B. 否

5-1. 请您确认具体疾病或异常的名称: A 红斑狼疮 B 类风湿关节炎 C 其他_____

五、健康史—用药史

6. 您是否长期服用药物? (连续服用 6 个月以上, 平均每日服用一次以上) A. 是 B. 否

6-1. 您长期服用哪些药物? (可多选)

A. 降压药 B. 降糖药 C. 调脂药(降脂药) D. 降尿酸药 E. 抗心律失常药 F. 缓解哮喘药物
G. 解热镇痛药(如布洛芬等) H. 强的松类药物 I. 雌激素类药物 J. 利尿剂 K. 镇静剂或安眠药
L. 中草药 M. 避孕药 N. 抗抑郁药物 O. 其他_____

六、健康史—手术史

7. 您是否因病进行过手术治疗? A. 是 B. 否

7-1. 请您选择手术的部位? (可多选)

A. 头颅(含脑) B. 眼 C. 耳鼻咽喉 D. 颌面部及口腔 E. 颈部或甲状腺 F. 胸部(含肺部)
G. 心脏(含心脏介入) H. 外周血管 I. 胃肠 J. 肝胆 K. 肾脏 L. 脊柱 M. 四肢及关节
N. 膀胱 O. 妇科 P. 乳腺 Q. 前列腺 R. 其它_____

七、躯体症状(最近 3 个月)

8. 您感觉身体总体健康状况如何?	A. 没有	B. 偶尔	C. 经常
9. 您感到疲劳乏力或周身明显不适吗?	A. 没有	B. 偶尔	C. 经常
10. 您视力有下降吗?	A. 没有	B. 轻微	C. 明显
11. 您听力有下降吗?	A. 没有	B. 轻微	C. 明显
12. 您是否在季节交替时容易感冒?	A. 没有	B. 偶尔	C. 经常
13. 您出现过吞咽不适、哽噎感吗?	A. 没有	B. 偶尔	C. 经常
14. 您有明显的咳嗽、咳痰吗?	A. 没有	B. 偶尔	C. 经常
15. 您感到胸痛或心前区憋闷不适吗?	A. 没有	B. 偶尔	C. 经常

16. 您感到有胸闷气喘或呼吸困难吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
17. 您是否容易失眠, 不易入睡或易惊醒? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
18. 您是否经常多梦, 睡眠质量差? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
19. 您是近期是否出现特别容易健忘的症状? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
20. 您是否出汗少, 即使剧烈运动后也很少出汗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
21. 您有过不明原因跌倒或晕倒吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
22. 您感到明显的手足发麻或刺痛吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
23. 您是否有眼睛干涩、流泪、胀痛或者视物模糊的现象? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
24. 您排尿困难吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
25. 您有尿频、尿急、尿痛及尿血吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
26. 您有腹泻、腹痛或便秘交替出现 吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常
27. 您出现过不明原因的身体消瘦或体重减轻吗? (体重减轻超过原体重的 10%) A. 是 B. 否
28. 您身体有过明显的疼痛吗? (外伤除外) A 是 B. 否
- 28-1. 疼痛的部位? A. 头 B. 颈肩 C. 咽喉 E. 腰背 F 胸部 G 腹部 H. 四肢 I. 关节

八、生活习惯—饮食

- 29 您通常能够按时吃三餐吗? A. 能 B. 基本能 C. 不能
30. 您常暴饮暴食吗? A. 是 B. 否
- 31 您常吃夜宵吗? A. 不吃 B. 偶尔吃 C. 经常吃
32. 您参加请客吃饭(应酬) 情况?
- A. 不参加或偶尔参加(1-2 次/月) B. 比较多(1-2 次/周)
- C. 经常参加 (3-5 次/周) D. 非常频繁(>5 次/周)
33. 您的饮食口味? A. 清淡 B. 咸 C. 甜 D. 高油脂 E. 辛辣 F. 热烫
34. 您的饮食偏好?
- A. 熏制、腌制类 B. 油炸食品 C. 甜点 D. 吃零食(适量坚果除外)
- E. 吃快餐 F. 喝粥(≥ 2 次/天) G. 其他
35. 您的主食结构如何? A. 细粮为主 B. 粗细搭配 C. 粗粮为主 D. 不好说
36. 您喝牛奶吗? A. 不喝 B. 偶尔喝(1-2 次/周) C. 经常喝(3-5 次/周) D. 每天都喝(>5 次/周)
37. 您吃鸡蛋吗? A. 不吃 B. 偶尔吃(1-2 次/周) C. 经常吃(3-5 次/周) D. 每天都吃(>5 次/周)
38. 您吃豆类及豆制品吗 A. 不吃 B. 偶尔吃(1-2 次/周) C. 经常吃 (≥ 3 次/周)
39. 您吃水果吗? A 不吃 B. 偶尔吃(1-2 次/周) C. 经常吃 (3-5 次/周) D. 每天都吃(>5 次/周)

40. 您平均每天吃多少蔬菜? A. <100g B. 100~200g C. 200~500g D. >500g
41. 您平均每天吃多少肉(猪、牛、羊、禽)? A. <50g B. 50~100g C. 101~250g D. >250g
42. 您吃肥肉吗? A. 不吃 B. 偶尔吃一点 C. 经常吃
43. 您吃动物内脏吗? A. 不吃 B. 偶尔吃(1-2次/周) C. 经常吃(≥ 3 次/周)
44. 您吃鱼肉或海鲜吗? A. 不吃 B. 偶尔吃(1-2次/周) C. 经常吃(≥ 3 次/周)
45. 您喝咖啡吗? A. 不喝 B. 偶尔喝(1-2次/周) C. 经常喝(3-5次/周) D. 每天都喝(>5次/周)
46. 您喝含糖饮料(果汁、可乐等)吗?
- A. 不喝 B. 偶尔喝(1-2次/周) C. 经常喝(3-5次/周) D. 每天都喝(>5次/周)

九、生活习惯—吸烟

47. 您吸烟吗?(持续吸烟1年以上)
- A. 不吸 B. 吸烟 C. 吸烟, 已戒(戒烟1年以上) D. 被动吸烟(每天累计15分钟以上, 且每周1天以上)
- 47-1. 您通常每天吸多少支烟?(含戒烟前)_____支
- 47-2. 您持续吸烟的年限?(含戒烟前)_____年
- 47-3. 您戒烟多长时间了?_____年

十、生活习惯—饮酒

48. 您喝酒吗?(平均每周饮酒1次以上) A. 不喝 B. 喝 C. 以前喝, 现已戒酒(戒酒1年以上)
- 48-1. 您一般喝什么酒? A. 白酒 B. 啤酒 C. 红酒 D. 什么都喝
- 48-2. 您每周喝几次酒?(含戒酒前) A. 1~2次 B. 3~5次 C. >5次
- 48-3. 您每次喝几两?(1两相当于50ml白酒, 100ml红酒, 300ml啤酒)
- A. 1~2两 B. 3~4两 C. >5两
- 48-4. 您持续喝酒的年限?(含戒酒前)_____年
- 48-5. 您戒酒多长时间了_____年

十一、生活习惯—运动锻炼

49. 您参加运动锻炼吗?
- A. 不参加 B. 偶然参加 C. 经常参加(平均每周锻炼3次及以上, 每次锻炼>30分钟)
- 49-1. 您常采用的运动锻炼方式:(可多选)
- A. 散步 B. 慢跑 C. 游泳 D. 骑自行车 E. 爬楼梯 F. 球类 G. 交谊舞 H. 瑜伽 I. 健身操

J. 力量锻炼 K. 登山 L. 太极拳 M. 其他_____

49-2. 您每周锻炼几次? A. 1~2 次 B. 3~5 次 C. >5 次

49-3. 您每次锻炼多长时间? A.<30 分钟 B. 30~60 分钟 C. >60 分钟

49-4. 您坚持锻炼多少年了? _____年

50. 您工作中的体力强度?

A. 脑力劳动为主 B. 轻体力劳动 C. 中度体力劳动 D. 重体力劳动 E. 不工作

50-1. 您每周工作几天? A. <3 天 B. 3~5 天 C. >5 天

50-2. 您每天平均工作多长时间?_____小时

51. 除工作、学习时间外, 您每天坐着(如看电视、上网、打麻将、打牌等)的时间是?

A. <2 小时 B. 2~4 小时 C. 4~6 小时 D. >6 小时

十二、心健精神—精神压力(最近两周)

52. 您感到闷闷不乐, 情绪低落吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

53. 您容易情绪激动或生气吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

54. 您感到精神紧张, 很难放松吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

55. 您比平常容易紧张和着急吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

56. 您容易发脾气, 没有耐性吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

57. 您感到心力枯竭, 对人对事缺乏热情吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

58. 您容易焦虑不安、心烦意乱吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

59. 您感觉压抑或沮丧吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

60. 您注意力集中有困难吗? A. 没有 B. 偶尔 C. 经常

十三、睡眠健康

61. 最近 1 个月, 您的睡眠如何? A. 好 B. 一般 C. 差

61-1 您睡眠差的主要表现:

A. 入睡困难 B. 早醒 C. 多梦或噩梦中惊醒 D. 夜起 E. 熟睡时间短 F. 其他

61-2. 影响您睡眠差的主要原因:

A. 工作压力过大 B. 负性生活事件 C. 环境干扰(如噪音、配偶或室友打鼾等)
D. 身体不适或疾病 E. 气候变化 F. 药物 G. 倒班或倒时差 H. 其他_____

62. 您每天平均睡眠时间:(不等于卧床时间)

A. <5 小时 B. 5~7 小时 C. 7~9 小时 D. >9 小时

十四、健康素养

63. 您多长时间做一次体检? A. 从来不做 B. 半年 C. 1 年 D. 2~3 年 E. >3 年

64. 您是否主动获取医疗保健知识? A. 是 B. 否

64-1. 您获取医疗保健知识的途径?

A. 电视 B. 广播 C. 图书和报刊杂志 D. 上网 E. 卫生机构及医生 F. 其他

65. 您入厕观察二便(大小便)吗? A. 从不 B. 偶尔 C. 经常

66. 您自测血压、心率吗? A. 从不 B. 偶尔 C. 经常

67. 您出差或旅游带常用或急救药品吗? A. 从不 B. 偶尔 C. 经常

68. 您乘坐私家车或出租车时系安全带吗? A. 从来不系 B. 有时系 C. 每次都系

69. 您经常晒太阳吗? A. 从不 B. 偶然 C. 经常

70. 您有了解过细胞知识吗? A. 是 B. 否

70-1. 您获取细胞知识的途径?

A. 朋友 B. 医生 C. 上网 D. 工作人员 E. 其他

十五、新冠疫苗接种情况

71. 您是否接种过新冠疫苗? A. 是 B. 否

71-1. 是否出现不良反应? A. 是 B. 否

72-2.

第一针接种日期/厂家_____

第二针接种日期/厂家_____

第二针接种日期/厂家_____

我确定以上回答真实可靠, 自身症状及既往病史无遗漏。

签字:

日期: