



Please Use ID Label or Block Print

SURNAME		UNIQUE RECORD NO.	
GIVEN NAME		CHINESE NAME	
SEX	AGE	WARD	ADMITTED DATE & TIME
ATTN. DOCTOR			
CONSULT. DOCTOR			

健康問卷

I. 個人資料

職業: _____

婚姻狀況: 單身 已婚 喪偶

家庭醫生: 有 沒有

II. 個人病歷

1. 曾否接受身體檢查?

沒有 有, 請註明日期: _____ / _____ / _____

2. 檢查結果, 是否需要跟進?

不需要 需要, 請說明: _____

3. 是否乙型肝炎帶菌者?

不是 不知道 是(有沒有定期檢查?) 有 沒有)

4. 曾否接受乙型肝炎預防疫苗注射?

沒有 不知道 有, 請註明日期: _____ / _____ / _____

5. 目前有否服食藥物?

沒有 有, 請說明: _____

6. 曾否住院接受治療/手術?

沒有 有, 請詳述: _____

III. 個人健康狀況(最近一年內有沒有以下征狀)

是 否

1. 最近體重突然減少/增加(超過五公斤)

2. 食欲不振/大增

3. 無故暈倒

4. 長時間頭疼

5. 氣喘或呼吸困難

6. 心跳無故加速或不規則跳動

7. 心口疼

8. 胃部長期不適

9. 長期消化不良

10. 大便出血/黑色大便

11. 小便頻密

12. 其他: _____

IV. 個人生活習慣狀況

1. 飲酒

沒有

已戒酒 _____ 年, 曾 *每天/每周飲 _____ 酒 _____ 杯

有飲酒習慣 _____ 年, 曾 *每天/每周飲 _____ 酒 _____ 杯

只在社交場合飲酒, 每次飲 _____ 酒 _____ 杯



Please Use ID Label or Block Print

SURNAME		UNIQUE RECORD NO.	
GIVEN NAME		CHINESE NAME	
SEX	AGE	WARD	ADMITTED DATE & TIME
ATTN. DOCTOR			
CONSULT. DOCTOR			

健康問卷

2. 吸烟

- 没有
- 不吸烟，但经常吸二手烟
- 已戒烟 _____ 年，曾每天吸烟 _____ 支
- 吸烟 _____ 年，每天 _____ 支
- 只在社交场合吸烟，每天 _____ 支

3. 运动

- 工作性质是: 体力劳动 轻微体力劳动 文职
- 每天坐着时间有 _____ 小时
- 每天步行时间有 _____ 小时
- 定期运动: 经常，每周最少做三次以上并持续二十分钟的运动
- 偶尔，每周最少做一至三次并持续二十分钟的运动
- 甚少，不愿意做运动的原因包括(可选多于一项):
- 没有时间 缺乏恒心 疲倦 没有同伴
 - 其他: _____

4. 睡眠(以一星期平均计算)

- 经常有良好及足够的睡眠(7小时或以上)
- 经常失眠
- 偶尔失眠
- 睡眠不足
- 难以入睡

5. 饮食(营养状况)

- 我每天都能定时进食早午晚三餐: 经常 偶尔 甚少 从不
- 除正餐外，我会吃零食: 经常 偶尔 甚少 从不
- 我通常每周外出用膳之次数: _____ 次
- 我认为自己的体重是: 理想 过轻 过重
- 我进食蔬果以获取纤维: 经常 偶尔 甚少 从不
- 我进食含脂肪及胆固醇高的食物: 经常 偶尔 甚少 从不
- 我进食糖类及甜食: 经常 偶尔 甚少 从不
- 我进食健康食品: 经常 偶尔 甚少 从不

V. 家庭成员病历(请注明关系及病发时之年龄)

家人完全没有以下疾病

- | | | | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 高血压 | 关系: _____ | 年龄: _____ | <input type="checkbox"/> 心脏病 | 关系: _____ | 年龄: _____ |
| <input type="checkbox"/> 中风 | 关系: _____ | 年龄: _____ | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | 关系: _____ | 年龄: _____ |
| <input type="checkbox"/> 肺病 | 关系: _____ | 年龄: _____ | <input type="checkbox"/> 肾病 | 关系: _____ | 年龄: _____ |
| <input type="checkbox"/> 癌症 | 关系: _____ | 年龄: _____ | <input type="checkbox"/> 甲状腺毛病 | 关系: _____ | 年龄: _____ |
| <input type="checkbox"/> 癫痫症 | 关系: _____ | 年龄: _____ | <input type="checkbox"/> 其他 | 关系: _____ | 年龄: _____ |

VI. 客人签署: _____ 日期: _____

备注: 请在填上「✓」号

* 圈上适用的选择