



Please Use ID Label or Block Print

SURNAME		UNIT 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

- 曾否接受身體檢查?
 沒有 有, 請註明日期: _____ / _____ / _____
- 檢查結果, 是否需要跟進?
 不需要 需要, 請說明: _____
- 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)
- 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: _____ / _____ / _____
- 現時有否服食藥物?
 沒有 有, 請說明: _____
- 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徵狀)

- | | 有 | 沒有 |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 最近體重突然減少/增加(超過十磅) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 食慾不振/胃口大增 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 無故暈厥 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 長時間頭痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 氣喘或呼吸困難 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. 心跳無故加速或不規則跳動 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. 心口痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. 胃部長期不適 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. 長期消化不良 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. 大便出血/黑色大便 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. 小便頻密 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. 其他: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

IV. 個人生活習慣狀況

- 飲酒
 沒有
 已戒酒 _____ 年, 曾 * 每天/每週 飲 _____ 酒 _____ 杯
 有飲酒習慣 _____ 年, 曾 * 每天/每週 飲 _____ 酒 _____ 杯
 只在社交場合飲酒, 每次飲 _____ 酒 _____ 杯



Please Use ID Label or Block Print

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

健康問卷

2. 吸煙

- 沒有
- 不吸煙，但經常吸二手煙
- 已戒煙 _____ 年，曾每天吸煙 _____ 支
- 吸煙 _____ 年，每天 _____ 支
- 只在社交場合吸煙，每天 _____ 支

3. 運動

- 工作性質是： 體力勞動 輕微體力勞動 文職
- 每天坐着時間有 _____ 小時
- 每天步行時間有 _____ 小時
- 定期運動： 時常，每週最少做三次以上並持續二十分鐘的運動
- 間中，每週最少做一至三次並持續二十分鐘的運動
- 甚少，不願意做運動的原因包括(可選多於一項):
- 沒有時間 缺乏恒心 疲倦 沒有同伴支持
 - 其他： _____

4. 睡眠 (以一星期平均計算)

- 經常有良好及足夠的睡眠 (7小時或以上)
- 經常失眠
- 間中失眠
- 睡眠不足
- 難以入睡

5. 飲食 (營養狀況)

- 我每天都能定時進食早午晚三餐： 時常 間中 甚少 從不
- 除正餐外，我會吃零食： 時常 間中 甚少 從不
- 我通常每週出外用膳之次數： _____ 次
- 我認為自己的體重是： 理想 過輕 過重
- 我進食蔬果以獲取纖維： 時常 間中 甚少 從不
- 我進食含脂肪及膽固醇高食物： 時常 間中 甚少 從不
- 我有進食糖類及甜食： 時常 間中 甚少 從不
- 我有進食健康食品 / 產品： 時常 間中 甚少 從不

V. 家庭成員病歷 (請註明關係及病發時之年齡)

- 家庭成員完全沒有以下病症
- | | | | | | |
|------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 血壓高 | 關係： _____ | 年齡： _____ | <input type="checkbox"/> 心臟病 | 關係： _____ | 年齡： _____ |
| <input type="checkbox"/> 中風 | 關係： _____ | 年齡： _____ | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | 關係： _____ | 年齡： _____ |
| <input type="checkbox"/> 肺病 | 關係： _____ | 年齡： _____ | <input type="checkbox"/> 腎病 | 關係： _____ | 年齡： _____ |
| <input type="checkbox"/> 癌病 | 關係： _____ | 年齡： _____ | <input type="checkbox"/> 甲狀腺毛病 | 關係： _____ | 年齡： _____ |
| <input type="checkbox"/> 羊癇症 | 關係： _____ | 年齡： _____ | <input type="checkbox"/> 其他 | 關係： _____ | 年齡： _____ |

VI. 客人簽署： _____ 日期： _____

備註： 請在填上「✓」號

* 圈上適用的選擇