

健康状况调查表

个人基本资料

姓名：_____ 性别：_____ 民族：_____ 血型：_____

出生日期：_____年 _____月 _____日 身高：_____ (cm) 体重：_____ (kg)

请按照您的实际情况回答以下问题

- 1.是否吸烟？ 否 是/曾经是。平均每天_____支，吸了_____年，戒烟时间_____
- 2.是否喝酒？ 否 是/曾经是。酒类：_____，平均每天_____两，戒酒日期_____
- 3.您是否经常锻炼？ 否 是。锻炼方式_____，平均每天锻炼_____小时
- 4.您是否对自己的睡眠满意？ 是 否
- 5.您是否出现过以下症状？ 心慌 心痛 胸闷 夜间不能平卧
- 6.您是否患有或曾经患有下列疾病？（患病的请打勾）

疾病名称	是否患病	疾病名称	是否患病
高血压		肿瘤（名称：_____）	
高血脂		慢性胃炎	
糖尿病		乙型病毒性肝炎	
中风（出血或缺血性）		支气管哮喘	
心脏病		骨质疏松	
神经衰弱		其他（_____）	

- 7.您家族成员是否患有心血管病、猝死或者肿瘤（父母，子女，祖父母，兄弟姐妹）？
否 是。疾病种类_____，患病人与自己的关系_____，发病年龄_____
- 8.是否有药物过敏史？ 否 是，过敏药物及表现形式_____
- 9.现用什么药物：_____
- 10.你对基因检测了解吗？你希望通过基因检测可以了解自己哪方面的需要？

感谢您的配合！