

FAX: +81886337589

### 德岛医疗观光事前问诊表

姓名				性别	男	女
出生年月日	年	月	日	年龄	岁	
身高	cm			体重	kg	

●请选择，并画圈

饮食	次数和时间	① 1日3餐规律饮食	②次数和时间不规律饮食				
	营养平衡	①考虑	②没有考虑				
	量	①8分饱	②吃饱为止				
	口味	③ 清淡	② 普通	③ 重口			
	有无特殊饮食习惯	① 没有 ② 有 ( )					
	零食	①不吃	②有时候吃	③一周5天以上			
饮酒	次数	①不喝	②有时候喝	③一周5日以上			
	种类和量						
吸烟		①不抽烟	② 抽烟 (1日 支 × 年)				
		③ 以前吸过烟 (1日 支 × 年)					
运动 (30分以上/每日)	次数	② 不运动	②1周1-2日运动	③1周3天以上运动			
	种类						
日常生活状态		①不需要特护	②需要特护 (详细说明一下②的情况。)				
有无过敏史		①没有	②有				
		详细说明 ( )					
既往史和现病史		没有	糖尿病	高血脂	高血压	脑血管疾病	缺血性心脏病
		心肌梗塞	心功能不全	心律不齐	痛风	肝脏疾病	肾脏疾病
		贫血	骨质疏松	精神病			
		其它疾病 ( )					
家族病史		糖尿病	心血管疾病	脑血管疾病	高血脂	高血压	
		其它疾病 ( )					

	①没有		②有（详细说明一下②的情况。）	
	现在服用药	1. 糖尿病治疗药 2. 高血压治疗药 3. 高血脂治疗药 4. 保健品 5. 中药 6. 其他		
胰岛素剂型				
种类[ ]	注射时间[ ]	量[ ]	单位]	
种类[ ]	注射时间[ ]	量[ ]	单位]	
种类[ ]	注射时间[ ]	量[ ]	单位]	
种类[ ]	注射时间[ ]	量[ ]	单位]	
种类[ ]	注射时间[ ]	量[ ]	单位]	
遗传因子检查	①希望	②不希望		
PET/CT检查	①希望	②不希望		
脂联素检测	①希望	②不希望		
牙科检查及清洁护理套餐	①希望	②不希望		