

ความเจ็บป่วยในอดีตหรือปัจจุบัน

1. อยู่ระหว่างการรักษา (รับประทานยา)
2. การรักษา
3. การติดตามผล (รวมถึงการบำบัดด้วยอาหาร)
4. ปล่อยปละละเลย (ตามลำพัง)

1 ไม่มีอะไรเป็นพิเศษ	อายุการวินิจฉัย	สถานที่
3 ความดันโลหิตสูง	8 8 8 8	8
9 โรคเบาหวาน	8 8 8 8	8
8 Dyslipidemia (ความผิดปกติของคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์)	8 8 8 8	8
4 จังหวะ	8 8 8 8	8
5 กล้ามเนื้อหัวใจตาย/โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ	8 8 8 8	8
6 จังหวะ	8 8 8 8	8
13 โรคไตเรื้อรัง (โรคไตอักเสบ โรคไต ฯลฯ)	8 8 8 8	8
14 ภาวะไตวายเรื้อรัง/การฟอกไตเทียม	8 8 8 8	8
20 โรคโลหิตจาง	8 8 8 8	8
2 บริเวณที่เป็นมะเร็ง เป็นต้น ()	8 8 8 8	8
10 โรคตับอักเสบ	8 8 8 8	8
11 แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น	8 8 8 8	8
12 โรคทางเดินอาหารอื่นๆ ()	8 8 8 8	8
15 นิ้วในไต/นิ้วในท่อไต	8 8 8 8	8
17 วัณโรคปอด/เยื่อหุ้มปอดอักเสบ	8 8 8 8	8
18 โรคหอบหืด	8 8 8 8	8
21 ภาวะกระดูกพรุน	8 8 8 8	8
22 โรคต่อมไทรอยด์	8 8 8 8	8
25 โรคอื่นๆ 1 ()	8 8 8 8	8
26 โรคอื่นๆ 2 ()	8 8 8 8	8

ยาสูบ (รวมถึงบุหรี่ใหม่)

1 สูบบุหรี่ *	เฉลี่ยต่อวัน
(จำนวนบุหรี่หรือเป็นเวลานานที่สูบบุหรี่)	8 8 8 8 บุหรี่
2 จำนวนสูบบุหรี่ * <td>ระยะเวลาของการสูบบุหรี่</td>	ระยะเวลาของการสูบบุหรี่
(จำนวนปีสูบบุหรี่ในตอนที่ผ่านมานี้)	8 8 ปี
3 ห้ามสูบบุหรี่	* สูบบุหรี่มากกว่า 6 เดือนในช่วงชีวิตของคุณ หรือสูบบุหรี่ไปแล้วทั้งหมด 100 มวน

สำหรับผู้หญิง

คุณกำลังมีประจำเดือนใช่ไหม?	คุณกำลังตั้งครรภ์
☐ ใช่ ☐ เลขที่	☐ ตั้งครรภ์ ☐ ความเป็นไปได้ของการตั้งครรภ์ ☐ เลขที่

※ ไม่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปอด/มะเร็งกระเพาะอาหารได้

อาการในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

1 ไม่มีอะไรเป็นพิเศษ
2 ตั้งท้องอยู่ในห้องของฉัน
3 ไอและเสมหะ
4 มีเสมหะในเลือดปรากฏขึ้น (ภายใน 6 เดือน) ☐ ไปพบแพทย์ทันที
5 บางครั้งปวดหัวหรือหน้าใจ
6 อาการเวียนศีรษะหรืออาการเวียนศีรษะขณะยืน
7 อาการเจ็บหน้าอกหรือรู้สึกกดดันในหน้าอก
8 ขี้น้ำลายไม่สม่ำเสมอ
9 ใจสั่นและหายใจถี่
10 อาการปวดหลัง
11 ไหล่แข็งอย่างรุนแรง
12 ปวดหรือไม่สบายท้อง
13 ไม่มีความอยากอาหาร
14 มีแนวโน้มที่จะท้องเสีย
15 นอนหลับยากบ่อยครั้ง
16 ความเหนื่อยล้าและความเหนื่อยล้า
17 อื่นๆ (ไม่เกิน 10 ตัวอักษร) ()

แอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์	
1 ทุกวัน	7 จำนวนเล็กน้อย
2 5-6 วันต่อ	8 จำนวนไม่ดื่ม (งดดื่มไม่ดื่ม)
3 3-4 วันต่อ	
4 1-2 วันต่อสัปดาห์	
5 1 ถึง 3 วันต่อเดือน	
6 น้อยกว่า 1 วันต่อเดือน	

ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันในหน่วย

1 น้อยกว่า 1 ถ้วย
2 น้อยกว่า 1-2 ถ้วย
3 น้อยกว่า 2-3 ถ้วย
4 น้อยกว่า 3-5 ถ้วย
5 5 ถ้วยขึ้นไป

สาเหตุ 1 ถ้วย (แอลกอฮอล์ 15%, 180 มล.)
เบียร์ (แอลกอฮอล์ 5%, 500 มล.)
ไวน์ (แอลกอฮอล์ 25%, 110 มล.)
ไวน์ (แอลกอฮอล์ 14%, 180 มล.)
วิสกี้ (แอลกอฮอล์ 43%, 60 มล.)
ซูเปอร์เบียร์ (แอลกอฮอล์ 5%, 500 มล.)
ซูเปอร์เบียร์ (แอลกอฮอล์ 7%, 350 มล.)

คุณกำลังใช้ยา A.B.C ต่อไปนี้หรือไม่?	ใช่	เลขที่
ก. ยาที่ลดความดันโลหิต	☐	☐
ข. ยาลดน้ำตาลในเลือดหรือการฉีดอินซูลิน	☐	☐
ค. ยาโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ C.	☐	☐
คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคหลอดเลือดตีบตัน (เลือดออกในสมอง, ภาวะสมองขาดเลือด ฯลฯ) หรือได้รับการรักษาหรือไม่?	☐	☐
คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคหัวใจ (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ, กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ฯลฯ) หรือได้รับการรักษาหรือไม่?	☐	☐
แพทย์แจ้งคุณว่าคุณเป็นโรคไตเรื้อรังหรือไตวาย หรือคุณได้รับการรักษา (เช่น การฟอกไตเทียม) หรือไม่?	☐	☐
คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคโลหิตจาง (รวมถึงข้อบกพร่องจากการตรวจสุขภาพด้วย) หรือไม่?	☐	☐
ฉันได้รับมากกว่า 10 กิโลกรัมตั้งแต่ฉันอายุ 20 ปี	☐	☐
ออกกำลังกายเบาๆ ที่ทำให้เหงื่อออกอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละสองครั้งเป็นเวลานานกว่าหนึ่งปี	☐	☐
การเดินหรือออกกำลังกายที่เทียบเท่ากันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมงในชีวิตประจำวัน	☐	☐
เดินเร็วกว่าคนวัยเดียวกัน	☐	☐
ฉันพักผ่อนได้จากการนอน	☐	☐
งดอาหารเข้าสามครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์	☐	☐
รับประทานอาหารเย็นภายใน 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์	☐	☐
ฉันกำลังพยายามหิวให้มากที่สุด	☐	☐
ฉันพยายามกินผักและสาหร่ายให้มากขึ้น	☐	☐
ฉันกำลังหลีกเลี่ยงเกลือ	☐	☐
คุณบริโภคของว่างหรือเครื่องดื่มรสหวานนอกเหนือจากอาหารสามมื้อ ได้แก่ มื้อเช้า กลางวัน และเย็นหรือไม่?	☐	☐
1 ทุกวัน 2 บางครั้ง 3 ไม่ค่อยกินเข้าไป	☐	☐
คุณกินเร็วแค่ไหนเมื่อเทียบกับคนอื่น?	☐	☐
1 รวดเร็ว 2 ปกติ 3 ช้า	☐	☐
ระบุเมื่อเคี้ยวอาหาร	☐	☐
1 ฉันสามารถเคี้ยวและกลืนอะไรก็ได้	☐	☐
2 มีส่วนที่บดบัง เช่น ฟัน เหงือก และการกัดที่อาจทำให้เคี้ยวยาก	☐	☐
3 เคี้ยวแทบไม่ได้เลย	☐	☐
คุณต้องการปรับปรุงนิสัยการใช้ชีวิตของคุณเช่นการออกกำลังกายและนิสัยการกินหรือไม่?	☐	☐
1 ฉันไม่มีความตั้งใจที่จะปรับปรุง	☐	☐
2 ฉันตั้งใจจะปรับปรุง (ภายใน 6 เดือน)	☐	☐
3 ฉันตั้งใจจะปรับปรุงในอนาคตอันใกล้และกำลังเริ่มทีละน้อย (ภายในหนึ่งเดือน)	☐	☐
4 ดำเนินการปรับปรุงแล้ว (ภายใน 6 เดือน)	☐	☐
5 ดำเนินการปรับปรุงแล้ว (มากกว่า 6 เดือน)	☐	☐
คุณเคยได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพโดยเฉพาะเกี่ยวกับการปรับปรุงนิสัยการใช้ชีวิตของคุณหรือไม่?	☐	☐
1 ใช่ 2 เลขที่	☐	☐