

预防性健康检查

您是否曾做过结肠镜检查? 是 否 最近一次结肠镜检查日期: _____
谁负责执行本次结肠镜检查? _____
您是否曾做过“大肠卫士”(Cologuard)检查? 是 否 最近一次“大肠卫士”检查日期: _____
您是否曾做过乳房X光检查? 是 否 最近一次乳房X光检查日期: _____

眼睛

过去一年您是否约见过眼科医生或验光师? 是 否
最近一次眼科医生或验光师就诊日期: _____
眼科医生或验光师姓名: _____
视力有问题? 是 否

肺

您是否有喘鸣? 是 否
您是否每天早上咳嗽或者几乎每天早上都咳嗽? 是 否
您患慢性咳嗽和 / 或咳痰有多少年了? _____ 年
您是否会因为轻度劳累而呼吸短促? 是 否

吸烟

您是否曾经吸烟? 是 否
您曾经或您现在每天抽几包烟? _____ 包
您多少岁开始吸烟? _____
您抽烟多少年了? _____ 年
您是否曾戒烟? 是 否
您多少岁戒烟的? _____
您是否使用过无烟烟草? 是 否
您使用过无烟烟草制品多少年? _____ 年

心血管

您是否有心律不齐? 是 否
您是否会在晚上或躺下时呼吸短促? 是 否
您是否出现过运动不耐症? 是 否
您是否感到胸部不适、疼痛、有压迫感或沉重感? 是 否
您是否腿部肿胀? 是 否
您是否曾经心脏病发作? 是 否 如果是, 是哪一(几)年? _____
您是否曾做过冠状动脉搭桥手术? 是 否 如果是, 是哪一年? _____
您是否曾放置过冠状动脉支架? 是 否 如果是, 是哪一(几)年? _____
您现在是否有使用心脏起搏器? 是 否
您是否有使用植入式除颤器? 是 否 如果是, 是哪一年放置的? _____
您在行走时是否会小腿肌肉疼痛, 但 经过休息后痛感消失? 是 否
您是否曾在腿上放置血管支架? 是 否 如果是, 是哪一(几)年? _____
如果是, 是哪条腿? 左 右

QUESTIONNAIRE

Form# 8044-C

Page 1 of 2

Rev 09/11/20



[2050]

PATIENT LABEL

胃肠道

- 您最近是否有直肠出血或血便? 是 否
- 您是否有溃疡性结肠炎和 / 或克罗恩病病史? 是 否
- 您最近是否有腹痛? 是 否
- 您最近大便是否有什么变化? 是 否
- 您是否曾经接受过慢性肝炎的治疗? 是 否
- 您是否有肝硬化病史? 是 否

跌倒风险

- 您在过去的一年里是否有跌倒两次或两次以上? 是 否
- 在过去的一年里, 您是否有平衡能力或行走方面的问题? 是 否

酗酒和吸毒

- 您是否经常服药入睡? 是 否
- 您是否经常喝酒? 是 否
- 您一周喝多少酒? 酒水数量: _____
- 您是否有药物或酒精依赖史? 是 否

患者 / 法定代表签名: _____ 日期: _____ 时间: _____

如果由患者以外的其他人签字, 请注明与患者的关系: _____

正楷书写姓名 (法定代表): _____

仅供工作人员使用:

FOR STAFF USE ONLY:

DEPRESSION SCREENING

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by little interest or pleasure in doing things?
Not at all (0) Several Days (1) More than half the days (2) Nearly every day (3)

Over the last 2 weeks, how often have you been feeling down, depressed or hopeless?
Not at all (0) Several Days (1) More than half the days (2) Nearly every day (3)

PHQ-2 Score _____ If score is above 3, have patient complete PHQ-9 and notify provider.

COGNITIVE IMPAIRMENT SCREEN

Have you noticed any memory loss that interferes with daily activities? Yes No

MINI-COG

Mini-Cog Score: _____

Staff Signature: _____ Date: _____ Time: _____

QUESTIONNAIRE