

癌症检查门诊表

普通健康检查

生平转折期 健康诊断

检查人姓名		身份证号码		电话	住宅	
					手机	
<input type="checkbox"/> 参加健康保险 <input type="checkbox"/> 收到医疗补贴				E-mail		
地址	省(区)	市(县)	区(街道)	村	号	邮编
						-

※ 您是否同意以电子邮件或邮件方式读取由国民健康保险公团、疾病控制中心、国家癌症治疗中心或者保健所所提供的健康相关信息及业务介绍？ 是 不是

※ 癌症检查(共同)相关问答

※ 请将阅览下面内容并对符合**现在情况**项目中打‘○’号。

1. 在身体任何部位,现在是否有**不便的症状**?

① 是(症状: _____) ② 不是

2. 过去六个月期间,在没有特别的理由下,是否有过**5Kg**以上的体重减小?

① 不是 ② 体重减小 (_____ kg)

3. 在本人、父母、兄弟、姐妹、子女中,是否在现在患有癌症的患者或者过去有过癌症的患者?

癌症的种类	无	不清楚	有(可以重复选择)				
			本人	父母	兄弟	姐妹	子女
胃癌							
乳房癌							
大肠癌							
肝癌							
子宫颈部癌							
其他(_____ 癌症)							

4. 您是否接受过以下检查?

检查名称		检查时间			
		10以上或未做过	1年未滿	1年以上~2年未滿	2年以上~10年未滿
胃癌	胃肠造影检查(胃肠 X线拍摄)				
	胃镜				
乳房癌	乳房拍片				
大肠癌	粪便沾血反映检查(大便检查)				
	大肠双重造影检查(大肠X线拍片)				
	大肠内视镜				
子宫颈部癌	子宫颈部细胞检查				
肝癌	肝超声波	未做过	6个月以内	6个月至1年期间	1年之前

※ 胃癌, 大腸癌, 肝癌相關問答

※ 对于**相符项目**打 'O'号.

5. 现在或者过去, 是否被诊断为**胃肠疾病**?

疾病名称	胃溃疡	萎缩性胃炎	腸上皮化生	胃臃肿	其他	无
有无疾病						

6. 现在或者过去, 是否被诊断为**大肠肛门疾病**?

疾病名称	大肠臃肿	溃疡性大肠炎	卡伦大肠菌	痔疮(痔核, 痔热)	其他	无
有无疾病						

7. 是否有**肝肠疾病**?

疾病名称	乙肝病毒携带者	慢性乙型肝炎	慢性丙型肝炎	肝硬化	其他	无
有无疾病						

※ 乳房癌及子宮頸部癌症相關問答(限于女性.)

8. 什么时候开始了月经?

- ① 满 _____ 周岁 ② 没有初经

9. 现在月经情况如何?

- ① 现在还有月经 ② 做过子宫切除术
③ 已闭经 (闭经年龄: 满 _____ 周岁)

10. 闭经后为了缓和症状, 是否服用荷尔蒙制剂或者过去服用过?

- ① 没有服用过荷尔蒙制剂 ② 服用2年未滿
③ 服用2年以上~5年未滿 ④ 服用5年以上 ⑤ 不清楚

11. 生了多少孩子?

- ① 1名 ② 2名以上 ③ 没有

12. 母乳喂养与否及总的授乳时间?

- ① 不超过6个月 ② 6个月~1年未滿 ③ 1年以上 ④ 没有授乳情况

13. 在乳房, 过去是否被诊断为**阳性肿瘤**?

(阳性肿瘤不像癌症一样的恶性肿瘤, 而是其他物瘤 `硬块等)

- ① 是 ② 不是 ③ 不清楚

14. 现在或过去是否服用过避孕药?

- ① 过去没有服用过避孕药 ② 服用1年未滿
③ 服用一年以上 ④ 不清楚