

病历问卷调查表 – 成人

(请在符合处打勾并转交给医生!)

个人身份说明, 包括 ZAB-识别号:

日期:

性别: 男 女
 个人 家庭团体 国籍:

怀孕期: 月

-
- | | | |
|----------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. 您生病了吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 2. 您服药吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 3. 您被注射过预防疾病的疫苗吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 4. 您曾做过结核病方面的皮肤化验吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 5. 您患有或曾患有传染性疾病吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 肺结核 (结核病)? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 肝炎? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 艾滋病? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 水痘? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 麻疹? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 风疹? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 白喉? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 梅毒 (Lues)? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 其他性病? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 伤寒、副伤寒? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 霍乱? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 6. 您有疼痛吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 7. 您在最近 6 周内发烧或发过烧吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 8. 您有严重的咳嗽吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 9. 您恶心、呕吐吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 10. 您有腹部绞痛或腹泻吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 11. 您的大便中有血吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 12. 您在小便时有疼痛吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 13. 您有皮疹吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |

.....
签名

医生的备注:

.....
医生签名

病历问卷调查表 – 儿童

(请在符合处打勾并转交给医生!)

个人身份说明, 包括 ZAB-识别号:

日期:

性别: 男 女 国籍:

年龄:

-
- | | | |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. 您的孩子生病了吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 2. 您的孩子服药吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 3. 您的孩子被注射过预防疾病的疫苗吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 4. 您的孩子曾经做过结核病方面的皮肤化验吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 5. 您的孩子患有传染性疾病吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 肺结核 (结核病)? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 肝炎? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 水痘? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 腮腺炎? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 麻疹? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 风疹? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 白喉? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 6. 您的孩子有疼痛吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 7. 您的孩子发烧吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 8. 您的孩子严重咳嗽吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 9. 您的孩子恶心、呕吐吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 10. 您的孩子有腹部绞痛或腹泻吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| 11. 您的孩子有皮疹吗? | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |

.....
签名

医生的备注:

.....
医生签名