

健康及飲食問卷

個人資料:

姓名: _____ 性別: 男 女 年齡: _____

聯絡電話: _____ 日期: _____

聯絡地址: _____ 電郵: _____

A. 1) 健康狀況 - 請 出你現在對以下各方面的自我評估

項目	評級		
精神狀況	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 差
睡眠的質素	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 差
血壓的穩定性	<input type="checkbox"/> 穩定	<input type="checkbox"/> 不穩定	<input type="checkbox"/> 不清楚
患有關節痛	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常
患有痛風	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不清楚
慢性肌肉痛症 (頸背腰痛)	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常
患有消化系統問題 (便秘, 腹瀉, 胃氣, 胃痛等)	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常
憂慮及壓力情緒	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常
記憶力及集中力	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 差
血糖的穩定性	<input type="checkbox"/> 穩定	<input type="checkbox"/> 不穩定	<input type="checkbox"/> 不清楚
體重穩定性	<input type="checkbox"/> 穩定	<input type="checkbox"/> 不穩定	<input type="checkbox"/> 不清楚
頭痛及頭暈	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常
傷風或感冒	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常
視力的問題	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常
皮膚過敏	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 偶然	<input type="checkbox"/> 經常

2) 請 出你現在患上的疾病:

動脈硬化症	糖尿病	低血糖症	貧血	
心血管疾病	骨質疏鬆症	苯酮尿症	高血壓	
缺血性中風	甲狀腺機能失調	癲癇症	抑鬱症	
腎病	腎上腺機能失調	肝炎(甲/乙型)	胃潰瘍	
癌症及腫瘤	其他荷爾蒙失調	肝病	哮喘	
免疫功能失調(如紅斑狼瘡症)	高血脂症	高膽固醇症	肺病	

除以上項目, 你有否患上其他的疾病? 沒有 有, 請說明 _____

1. 你有否藥物過敏症? 沒有 有, 請說明 _____
2. 你有否食物過敏症? 沒有 有, 請說明 _____
3. 你有否長期服食藥物? 沒有 有, 請說明 _____
4. 有喝酒嗎? 沒有 有 每次數量: _____ 杯
5. 有抽煙嗎? 沒有 有 每日 _____ 枝

B. 作息及活動狀況

1. 工作時間固定嗎? 固定 不固定 / 需輪班 輪休
2. 工作時間每日約(小時) <6 6-8 8-10 10-12 >12 由 _____ 至 _____
3. 有做運動嗎? 沒有 有 _____
4. 睡眠時間? 10 時前 10-11 時 11-12 時 12-1 時 1 時後
5. 主要的壓力來源? 身體 家庭 事業 愛情 學業 家人 朋友 金錢 其他

**** 請轉後頁, 填寫問卷後半部份 ****

C. 飲食狀況

1. 喜歡喝牛奶嗎? 喜歡 不喜歡 喝牛奶會否不適? 會 不會
2. 喜歡吃油膩或炸物嗎? 喜歡 不喜歡
3. 喜歡吃甜點或高糖食物嗎? 喜歡 不喜歡
4. 喜歡吃濃味的食物嗎? 喜歡 不喜歡
5. 每天晚上最後一餐何時進食? 8 時前 9 時前 10 時前 11 時前 11 時後
6. 正餐食量: 過飽 剛好 八成飽 七成飽 六成飽 五成飽 少於五成

D. 特定食物種類的攝取次數: (只記錄每種食物進食的次數, 不需填上份量)

食物種類	從不	每天	每星期	每月
		(次數)		
奶類				
奶製品 (芝士/乳酪)				
肉類 (豬/牛/雞/魚/肉)				
黃豆製品(豆腐/豆漿)				
雞蛋/鴨蛋				
蔬菜				
水果				
五穀類 (粉/麵/飯)				
酒精類 (紅酒/百蘭地)				
咖啡/奶茶				
其他飲品(健怡汽水)				
蛋糕/餅乾				
糖果/朱古力				
雪糕/甜品				

E. 平日飲食狀況

例子

早餐: 餐肉雞蛋三文治 + 熱奶茶一杯

午餐: 豬扒煎蛋飯全碟

下午茶: 西多士一客 + 熱奶茶

晚餐: 白飯一碗 + 蒸排骨 4 件 + 煎紅衫魚 3 湯匙 (3 湯匙汁) + 炒西蘭花半碗

消夜: 橙一個

零食: 薯片一小包 + 可樂一罐

餐次/時間	進食場所	食物/飲品 (名稱, 份量及煮法)
早餐 ____--____ a. m.		
小食 ____--____ a. m.		
午餐 ____--____ p. m.		
小食 ____--____ p. m.		
晚餐 ____--____ p. m.		