

แบบสอบถามการตรวจสุขภาพทั่วไป

※ ผู้รับตรวจควรกรอกข้อมูลลงในทุกประการถึงจะสามารถรับการแจ้งผลการตรวจการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองได้

นามสกุล		หมายเลขประจำตัว		เบอร์โทรศัพท์	บ้าน	
ชื่อ					มือถือ	
ที่อยู่ปัจจุบัน				อีเมล		
				วิธีการรับรายงานตรวจสุขภาพ	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ไปรษณีย์	<input type="checkbox"/> ที่อยู่ อีเมลล์

※ โปรดตอบทุกคำถามด้านล่างนี้

ประวัติทางการแพทย์ (ประวัติของโรค, ประวัติครอบครัว)

1. ท่านเคยตรวจโรคดังกล่าวหรือกำลังรักษาอยู่ไหม

	การวินิจฉัย		การรักษาทางการแพทย์	
เส้นเลือดสมองอุดตัน (อัมภาค)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความดันสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
โรคเลือดผิดปกติ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
วัณโรค	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่น(รวมมะเร็ง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. มีคนที่อยู่ในพ่อแม่หรือพี่น้องเคยเป็นโรคดังกล่าวหรือตายจากโรคนั้นไหม

เส้นเลือดสมองอุดตัน (อัมภาค)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เส้นเลือดหัวใจตีบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ความดันสูง	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
เบาหวาน	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
อื่น(รวมมะเร็ง)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. เป็นผู้ที่ไวรัสดับอีกเสบียไหม

- ☐ ใช่
- ☐ ไม่ใช่
- ☐ ไม่ทราบ

การสูบบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า (บุหรี่ไฟฟ้า)

4. จนถึงทุกวันนี้เคยสูบบุหรี่แบบธรรมดารวมทั้งมามากกว่า 5 ซองบุหรี่ (100 มวน) หรือไม่

- ☐ ไม่เคย (☞ ไปที่ข้อ 5)
- ☐ เคย (☞ ไปที่ข้อ 4-1)

4-1. ในปัจจุบันสูบบุหรี่แบบธรรมดาหรือไม่

<input type="checkbox"/> สูบ	รวมทั้งหมด__ปี	โดยเฉลี่ยวันละ ____มวน	
<input type="checkbox"/> เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	รวมทั้งหมด__ปี	ตอนที่เคยสูบ โดยเฉลี่ยวันละ __มวน	เลิกสูบมา__ปี

5. จนถึงทุกวันนี้เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า (บุหรี่แบบอบความร้อน เช่น ไอคอส สลิส โกล) หรือไม่

- ☐ ไม่เคย (☞ ไปที่ข้อ 6)
- ☐ เคย (☞ ไปที่ข้อ 5-1)

5-1. ในปัจจุบันสูบบุหรี่ไฟฟ้า (บุหรี่แบบอบความร้อน) หรือไม่

<input type="checkbox"/> สูบ	รวมทั้งหมด__ปี	โดยเฉลี่ยวันละ ____มวน	
<input type="checkbox"/> เคยสูบ แต่เลิกสูบแล้ว	รวมทั้งหมด__ปี	ตอนที่เคยสูบ โดยเฉลี่ยวันละ __มวน	เลิกสูบมา__ปี

6. เคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าแบบน้ำยาหรือไม่

- ☐ ไม่เคย
- ☐ เคย (☞ ไปที่ข้อ 6-1)

6-1. ในช่วงหนึ่งเดือนล่าสุดเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าแบบน้ำยาหรือไม่

- ☐ เคย
- ☐ 1 - 2 วันต่อเดือน
- ☐ 3 - 9 วันต่อเดือน
- ☐ 10 - 29 วันต่อเดือน
- ☐ ทุกวัน

การดื่ม

※ ในหนึ่งปีที่ผ่านมา

7. คุณดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์บ่อยเพียงใด? (เลือกหนึ่งข้อ)

- ☐ ① () ครั้งต่อสัปดาห์
- ☐ ② () ครั้งต่อเดือน
- ☐ ③ () ครั้งต่อปี
- ☐ ④ ฉันไม่ดื่มแอลกอฮอล์

7-1. คุณดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มากเพียงใดในวันปกติที่คุณดื่มแอลกอฮอล์?

* กรอกข้อมูลลงในช่องใดช่องหนึ่งในช่องแก้ว ขวด กระป๋อง และซีซี (กรอกข้อมูลในแต่ละช่องของประเภทสุราได้ตามความเป็นจริง หากไม่มีสุราที่ท่านดื่ม ให้เลือกเหล้าที่มีลักษณะคล้ายกัน)

ประเภทของสุรา	แก้ว	ขวด	กระป๋อง	ซีซี
โซจู				
เบียร์				
สุราแบบแรง				
มักกีอลลี (ไวน์ขาว)				
ไวน์				

7-2. คุณเคยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมแอลกอฮอล์มากที่สุดเท่าใดในหนึ่งวัน?

* กรอกข้อมูลลงในช่องใดช่องหนึ่งในช่องแก้ว ขวด กระป๋อง และซีซี (กรอกข้อมูลในแต่ละช่องของประเภทสุราได้ตามความเป็นจริง หากไม่มีสุราที่ท่านดื่ม ให้เลือกเหล้าที่มีลักษณะคล้ายกัน)

ประเภทของสุรา	แก้ว	ขวด	กระป๋อง	ซีซี
โซจู				
เบียร์				
สุราแบบแรง				
มักกีอลลี (ไวน์ขาว)				
ไวน์				

การออกกำลังกาย

8-1. คุณออกกำลังกายแบบหนักบ่อยเพียงใด (ทำให้คุณหายใจหอบ) ต่อสัปดาห์?

() วันต่อสัปดาห์

* ตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบหนัก > การวิ่ง, แอโรบิก, การปั่นจักรยานเร็ว, การทำงานก่อสร้าง, การถือสิ่งของที่ใช้บันได ฯลฯ

8-2. คุณออกกำลังกายแบบหนักบ่อยเพียงใด (ทำให้คุณหายใจหอบ) ต่อสัปดาห์?

() ชั่วโมง () นาทีต่อวัน

9-1. คุณออกกำลังกายแบบปานกลางบ่อยเพียงใด (ทำให้คุณหายใจหอบเล็กน้อย) ต่อสัปดาห์?

() วันต่อสัปดาห์

* ไม่รวมการออกกำลังกายที่คุณได้ระบุไว้ในคำถามที่ 8

* ตัวอย่างของการออกกำลังกายแบบปานกลาง > การเดินออกกำลังกาย, การเล่นเทนนิสคู่, การปั่นจักรยานด้วยความเร็วปกติ, การถือสิ่งของน้ำหนักเบา, การทำความสะอาด ฯลฯ

9-2. คุณออกกำลังกายแบบปานกลางบ่อยเพียงใด (ทำให้คุณหายใจหอบเล็กน้อย) ต่อวัน?

() ชั่วโมง () นาทีต่อวัน

10. คุณออกกำลังกายแบบใช้น้ำหนัก เช่น การดันพื้น, การซิทอัพ, ออกกำลังกายด้วยดัมเบล, การยกน้ำหนัก หรือการออกกำลังกายด้วยบาร์โหนในหนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา?

() วันต่อสัปดาห์

