

# 癌症筛查门诊表

受检者姓名		身份证号		电话	座机	
					手机	
<input type="checkbox"/> 健康保险投保人 <input type="checkbox"/> 领取医疗补助人			电子邮箱			
			健康体检结果通知书领取方法		<input type="checkbox"/> 邮件 <input type="checkbox"/> 电子邮件	
住址						邮编
						-

## ※ 癌症筛查(共同)相关问答

※ 请阅览下面内容并在符合**现在情况**的选项上打“○”号。

1. 不管身体的哪个部位, 现在是否有着**令人不舒服的症状**?  
① 是(症状: \_\_\_\_\_) ② 不是
2. **最近六个月**以来, 在没有特别原因的情况下, **体重是否减轻了5公斤以上**?  
① 不是 ② 体重减轻 ( \_\_\_\_\_ 公斤)

3. 在本人、父母、兄弟、姐妹以及子女当中，是否有现在患有癌症的人或者以前患过癌症的人？

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							
宫颈癌							
肺癌							
其他 (            癌)							

4. 您是否接受过以下检查?

检查名称		检查时期			
		10年以上未做过或从未做过	未满1年	1年以上~未满2年	2年以上~未满10年
胃癌	胃肠造影检查(胃肠X光片)				
	胃镜				
乳房癌	乳房拍片				
大肠癌	大便潜血测试(大便检查)				
	大肠双重造影检查(大肠X光片)				
	大肠内视镜				
宫颈癌	宫颈细胞学检查				
肺癌	胸部CT				
肝癌	肝超声波	未做过	6个月以内	6个月至1年	1年之前

## ※ 胃癌、大肠癌、肝癌及肺癌相关问答

※ 在符合您情况的项目中，打“○”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	肠上皮化生	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(肝)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						

8. 现在或者过去，是否被诊断为**肺癌疾病**？

疾病名称	慢性阻塞性肺疾病（慢性支气管炎、肺气肿等）	肺结核	肺结节	间质性肺病	尘肺病	其他	无
有无疾病							

## ※ 乳房癌及宫颈癌症相关问答(仅限于女性)

9. 什么时候开始了月经？

- ① 满          岁                  ② 还没有初潮

10. 现在月经情况如何？

- ① 现在还来月经                  ② 做过子宫切除术  
③ 已闭经 (闭经年龄：满          岁)

11. 闭经后，为了缓和症状，是否正在服用荷尔蒙制剂或过去服用过？

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

12. 生了几个孩子？

- ① 1名                  ② 2名以上                  ③ 没有

13. 用母乳喂养过宝宝的话，喂养了多长时间？

- ① 不超过6个月                  ② 6个月~未满1年                  ③ 1年以上                  ④ 没有母乳喂养的经验

14. 过去是否被诊断为阳性乳房肿瘤？

(阳性肿瘤**不是和癌症一样的恶性肿瘤**，而是指腱鞘囊肿、硬块等)

- ① 是                  ② 不是                  ③ 不清楚

15. 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 服用了未满1年  
③ 服用了一年以                  ④ 不清楚