



系统审查

请勾选所有适用项。

| 体质 | 是 | 否 |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| 发冷 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 疲劳/疲倦 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 发烧 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 感觉不适 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 夜间盗汗 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 大量出汗 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 体重增加 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 体重减轻 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 心血管 | 是 | 否 |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| 胸痛/胸口郁闷 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 腿部疼痛/痉挛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 杂音 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 心脏起搏器 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 心跳过急/心悸 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 腿部肿胀 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 心脏漏跳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 神经系统 | 是 | 否 |
|--------|--------------------------|--------------------------|
| 头晕 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 四肢麻木 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 四肢刺痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 四肢无力 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 步行困难 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 头痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 记忆丧失 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 血液循环不良 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 手抖 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 痉挛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 颤抖 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 代谢 | 是 | 否 |
|--------|--------------------------|--------------------------|
| 毛发脆弱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 指甲脆弱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 怕冷 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 毛发变化 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 怕热 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 毛发生长过多 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 饮水过量 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 饮食过量 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 耳/鼻/喉 | 是 | 否 |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| 吞咽困难 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 耳流脓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 耳朵疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 眼睛分泌物 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 眼睛疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 频繁流鼻血 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 听力丧失 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 鼻腔流脓 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 耳鸣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 鼻窦压力 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 嗓子疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 视力变化 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 变声 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 肠胃问题 | 是 | 否 |
|------|--------------------------|--------------------------|
| 腹痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 便血 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 食欲变化 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 排便变化 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 便秘 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 腹泻 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 胃灼热 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 消化不良 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 恶心 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 溃疡 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 呕吐 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 精神病 | 是 | 否 |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| 焦虑症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 抑郁症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 失眠 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 无端恐惧症 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 有自杀想法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

仅限男性

| 病史 | 是 | 否 |
|-------|--------------------------|--------------------------|
| 睾丸肿块 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 睾丸疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 输精管结扎 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 生殖 | 是 | 否 |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| 男性性功能障碍 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 阴茎排泄物 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 性功能障碍 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 性传染病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 呼吸系统 | 是 | 否 |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| 慢性咳嗽 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 咳嗽 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 已知接触过肺结核 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 气促 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 打鼾 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 气喘 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 泌尿生殖 | 是 | 否 |
|------|--------------------------|--------------------------|
| 血尿 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 尿频 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 尿量增加 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 排尿困难 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 失禁 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 排尿疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 尿液外溢 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 皮肤 | 是 | 否 |
|---------|--------------------------|--------------------------|
| 接触性过敏 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 干燥 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 荨麻疹 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 瘙痒 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 痣变化 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 皮疹 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 皮肤损伤或肿块 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 使用防晒霜 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

仅限女性

| 生殖 | 是 | 否 |
|------|--------------------------|--------------------------|
| 乳头溢液 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 乳房肿块 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 痛经 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 性交疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 潮热 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 子宫切除 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 月经不调 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 性传染病 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 阴道溢液 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 血液 | 是 | 否 |
|------|--------------------------|--------------------------|
| 极易出血 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 容易瘀伤 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 腺体肿胀 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 肌肉骨骼 | 是 | 否 |
|------|--------------------------|--------------------------|
| 背部疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 痛风 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 关节疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 关节肿胀 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 肌肉无力 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 颈部疼痛 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 其他: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

