

姓名/编码:

日期:

目前体重: \_\_\_\_ 千克

检查日期: \_\_\_\_\_  不适用

身高: \_\_\_\_ 厘米

\*体质指数: \_\_\_\_ \*由临床医师计算

血压: \_\_\_\_/\_\_\_\_ 毫米汞柱

检查日期: \_\_\_\_\_  不适用

空腹血糖: \_\_\_\_ 毫摩尔/升

检查日期: \_\_\_\_\_  不适用

糖化血红蛋白: \_\_\_\_ %

检查日期: \_\_\_\_\_  不适用

我们对您自身关于健康的信念感兴趣，对别人的信念或别人希望您相信的事情不感兴趣。

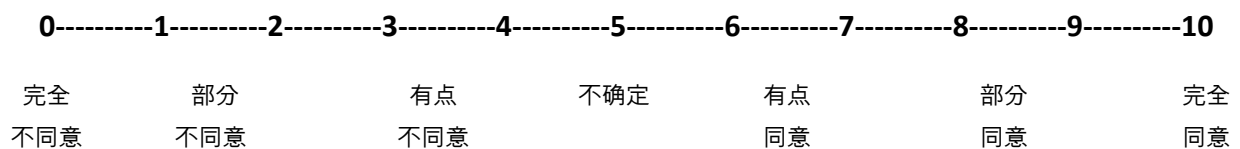
通过阅读以下问题并在“是”或“否”下标记√，表明你是否有过其中任何一项与健康相关的经历。

	是	否
A) 你经常感到紧张吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) 你经常出汗吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) 你经常睡眠困难吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) 你经常面部潮红吗? 你的脸颊变红了吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) 你经常呼吸急促吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) 你经常头痛吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) 你经常流鼻血吗?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) 其他: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果以上选项全部为“否”，请翻到下一页

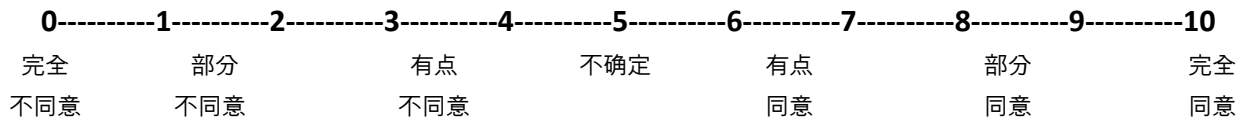
如果有任何一个选项为“是”，请在适当的数字上圈出你目前同意或不同意下列陈述的程度，并牢记你与健康有关的经历。

1) 我的健康相关经历是因为我患有高血压

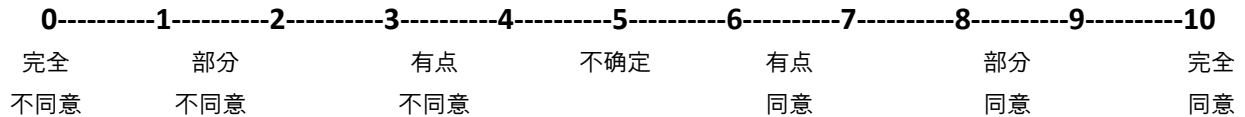


请在适当的数字上圈出你目前同意或不同意下列陈述的程度

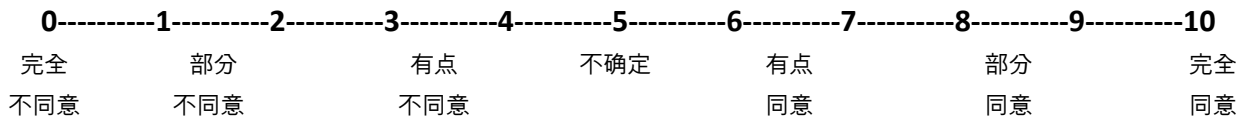
2) 我患有高血压。



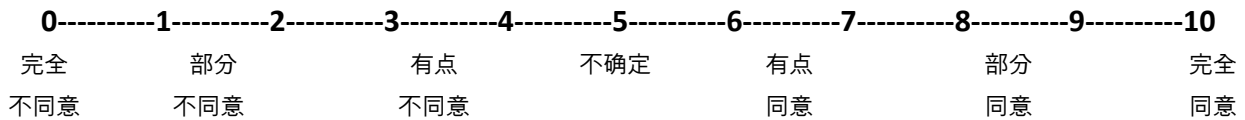
3) 我需要改变或保持健康的生活方式来改善饮食和增加运动量。



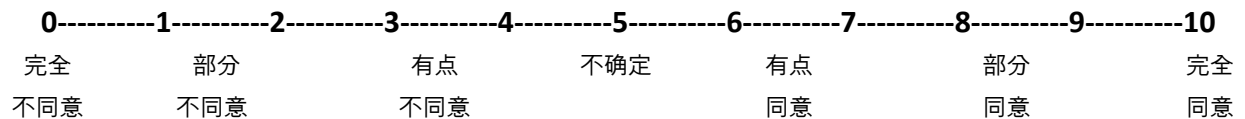
4) 我的血压正常。



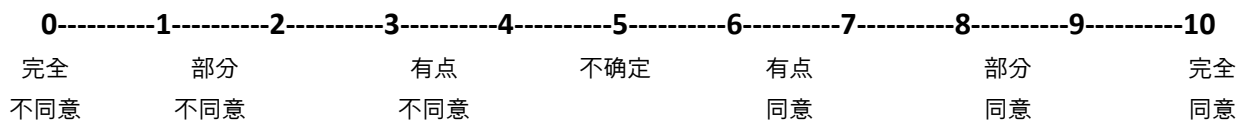
5) 我能安全地进行目前的生活 (如像我现在这样吃、喝和运动)。



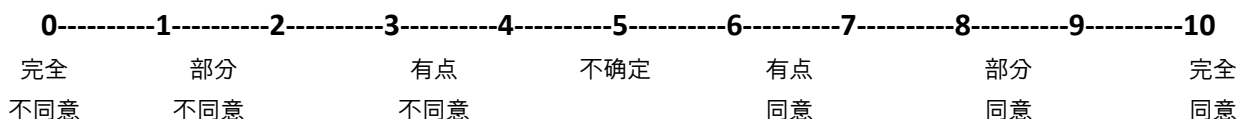
6) 我的高血压已经导致或能导致不良的健康后果 (如心脏疾病、心脏病发作、心力衰竭、中风、近中风、肾脏疾病和视力丧失等)。



7) 我的血压经常在高血压的范围内 (即 $\geq 140/90$ )。



8) 我需要服用降压药物。



结 束