

姓名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_

当前体重: \_\_\_\_\_ kg

检查日期: \_\_\_\_\_

身高: \_\_\_\_\_ cm

体质指数 (BMI) \_\_\_\_\_ \*由医生计算

血压: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

检查日期: \_\_\_\_\_

空腹血糖: \_\_\_\_\_ mmol/L

检查日期: \_\_\_\_\_

HbA1c (糖化血红蛋白): \_\_\_\_\_ %

检查日期: \_\_\_\_\_

我们只关注您对自身健康的想法。我们不关注别人的看法或别人希望您去怎么想。

请您阅读以下内容，如果近期有相关症状，请在“是”下面打“√”；如果近期没有相关症状，请在“否”下面打“√”；

	是	否
A) 你经常口渴吗？你会喝了过量的水吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) 你小便过于频繁吗？或者你的尿量过多吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) 你有规律地在夜间醒来小便吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) 你有过视力模糊吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) 你体重有显著下降了吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) 你经常感到疲乏无力吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) 你的脚或手有麻木、刺痛、灼热或失去知觉吗？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) 其他: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

如果以上所有问题都为“否”，请转到下一页

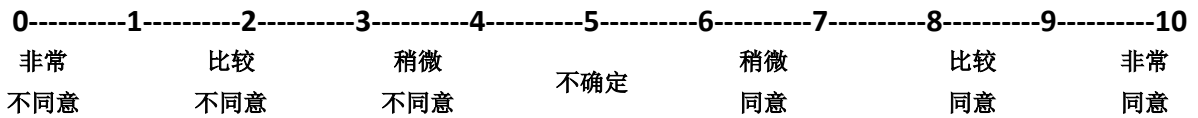
如果对以上任何一项回答为“是”，通过圈出适当的数字来表明您目前当下对以下每个陈述同意或不同意的程度，并牢记您的健康相关症状。

1) 我的健康相关症状是由于我患有糖尿病。

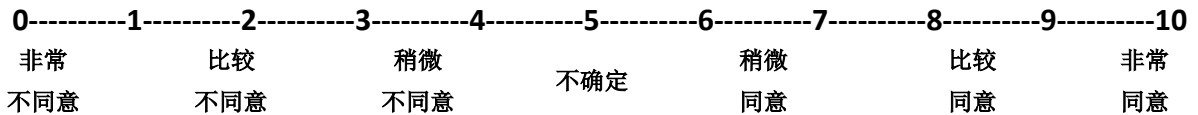
0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10  
 非常                比较                稍微                不确定                稍微                比较                非常  
 不同意                不同意                不同意                                同意                同意                同意

请圈出适当的数字来表明您当下对以下每个陈述的同意或不同意的程度。

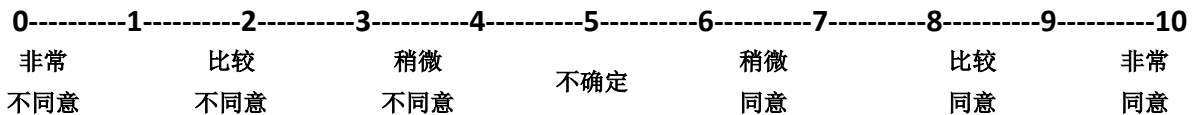
2) 我有糖尿病。



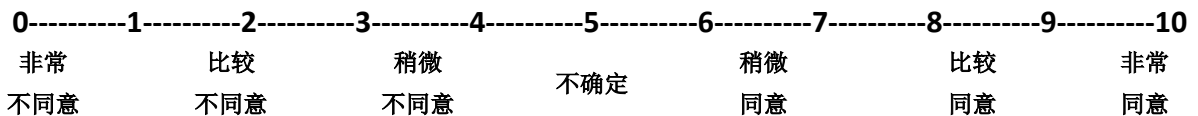
3) 我需要做出或促进健康生活方式的改变，以改善我的饮食和调整我的运动量。



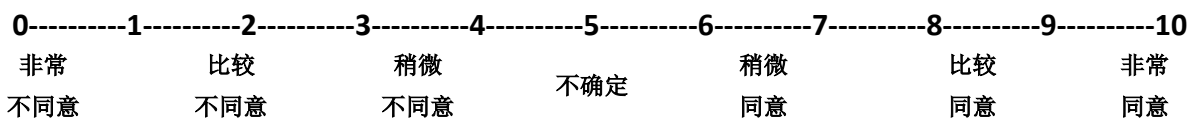
4) 我的血糖水平正常。\*



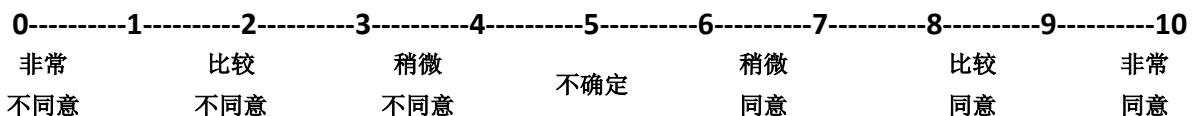
5) 我可以继续维持我目前的生活方式（如饮食和锻炼）。\*



6) 我的糖尿病已经导致或可能导致不良的健康后果（例如心脏病、心脏病发作、中风、接近中风、肾病、视力丧失、手脚麻木/刺痛/感觉丧失等）。



7) 我的血糖水平经常在糖尿病指标内（即空腹血糖 $\geq 126$  mg/dl 或 $\geq 7.0$  mmol/L 或 HbA1c  $\geq 6.5\%$ ）。



8) 我需要降糖治疗（如胰岛素或药物治疗）。

