

关于健康状况的调查

日期

个人信息

1. 姓名:	2. 出生日期:	3. 出生国: 4. 出生地:
5. 在芬兰的地址:		6. 联系电话:
7. 保险: 没有 有	8. 保险公司的名字:	
9. 亲戚或联系人:	10. 联系电话:	
11. 学校/专业或主修课:	12. 开学日期:	
	13. 计划的毕业日期:	

健康状况

14. 健康状况:	好	一般	不好
15. 您是否患有慢性疾病?	没有	有	如果有, 是什么疾病?
16. 您是否患有肝炎病, 肝炎?	没有	有	如果有, 是什么疾病?
17. 您是否患过爱滋病?	没有	有	
18. 您是否抽煙或使用煙草品?	没有	有	是什么及程度多少?
19. 您是否饮酒或使用其他药物?	没有	有	是什么及程度多少?
20. 您曾经住过院或动过手术吗?	没有	有	如果有, 由于什么原因?
21. 您对药物过敏吗?	没有	有	如果有, 对何种药物?
22. 您是否患过肺结核吗?	没有	有	如果有, 什么时候患过?
23. 您是否服用过肺结核药?	没有	有	什么时候? 何种药物?
24. 您是否有近亲(一屋同住) 患过肺结核吗?	没有	有	
您现在或以往有出现过下列症状吗:		如果有的话, 请填写相关信息 (比如, 症状是什么时候出现的, 现在还有吗, 原因是否查出来的):	
25. 咳嗽数周	没有	有	
26. 粘液痰或血痰	没有	有	
27. 意外体重减轻	没有	有	
28. 夜里出汗	没有	有	
29. 长期发烧	没有	有	
30. 淋巴结(在脖子, 腋窝或腹股沟)的症状(浮肿, 痛疼或分泌液体)	没有	有	

药物, 疫苗

31. 您是否服用医生开给您的处方药吗?			没有	有	如果有的话, 服用何种药?
您是否接种过下列疫苗:					
32. 小儿麻痹症	33. 破伤风 / 白喉		34. 麻疹 / 腮腺炎 / 风疹		
没有 有, 如果有, 哪一年接种?	没有 有, 如果有, 哪一年接种?		没有 有, 如果有, 哪一年接种?		
35. 您是否曾经患过麻疹?	没有	有			
36. 您是否曾经患过腮腺炎?	没有	有			
37. 您是否曾经患过风疹?	没有	有			