

請問您是否曾被醫師診斷為下列疾病？ 0. 1. 2

無 有 不
知
道

診斷時間

醫院名稱

疾病名稱	0	1	2	答	年	月	日
1. 大腸直腸腺腫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	答	___	___	___
2. 大腸直腸腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	有	___	___	___
3. 慢性潰瘍結腸炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	者	___	___	___
4. 家族性大腸癌肉症 (APC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	續	___	___	___
5. 遺傳性非癌肉大腸直腸癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問	___	___	___
6. 口腔癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___	___	___
7. 前列腺癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___	___	___
8. 子宮頸癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___	___	___
9. 乳房良性腫瘤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___	___	___
10. 乳癌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___	___	___
11. 其他癌症：()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___	___	___

請問您是否做過下列手術或檢查

手術或檢查時間

1. 胃切除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	___
2. 胃鏡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	___
3. 胸部X光	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___	___

請問您是否有下列症狀

頻率

1. 上腹部發脹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週
2. 食慾不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週
3. 容易呃嘔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週
4. 胃酸過多	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週
5. 溢胃酸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週
6. 胸口心窩灼熱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週
7. 饑餓時胃痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週
8. 半夜胃痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1. 從不 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常 (續答)
				頻率= ___ 次/週