**高敏免疫定量便隐血检测（hs-qFIT）信息登记表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | 年龄： |
| 身高： | 体重： | 联系电话： |
| 工作单位： | | |
| 邮寄地址： | | |
| 吸烟史（请在选项中打√）  🞎吸烟 🞎已戒烟 🞎从不吸烟 | | |
| 喝酒史（请在选项中打√）  🞎喝酒 🞎已戒酒 🞎从不喝酒 | | |
| 一级亲属是否有肠道疾病史： 🞎无 🞎有  注：一级亲属指父母、子女及兄弟姐妹（同父母） | | |
| 本人是否有高血压、糖尿病、肠道息肉史： 🞎无 🞎有 | | |
| 本人存在以下哪些情况： （请在选项中打**√**）   1. 慢性便秘（近两年来每年便秘在2个月以上）；🞎 2. 慢性腹泻（近两年来腹泻累计持续超过3个月以上，每次发作时间持续在1周以上）；🞎 3. 黏液血便；🞎 4. 不良生活事件史（发生在近20年内，并发生后造成较大精神创伤或痛苦）；🞎 5. 慢性阑尾炎或阑尾切除史；🞎 6. 慢性胆道疾病史或胆囊切除史、冠状动脉疾病患者、颈动脉狭窄患者；🞎   7、长期不良生活方式：高蛋白、高脂肪饮食、久坐不动、熬夜等。🞎 | | |

填表日期： 年 月 日