

NHNA Student Health Care Analysis Study NHNA学生健康报告研究档案

姓名 Name : _____ 日期 Date : _____

婚姻 Marital Status: 未婚 Single 已婚 Married 性别 Sex : 男 Male 女 Female

孩子 Children : _____ 电邮 E-mail : _____ 高度 Height : _____

年龄 Age : _____ 职业 Occupation : _____

体重 Weight : _____ 联络电话 Contact No. : _____

地址 Address : _____



健康情况 Health Condition

你是否有以下的病症/症状, 多久 Do you have sickness/symptoms as below, how long?

<input type="checkbox"/>	羊癫症 Epilepsy	<input type="checkbox"/>	肾脏问题 Renal Problem	<input type="checkbox"/>	腰酸背痛 Bodyache	<input type="checkbox"/>	胃病/胃胀风 Gastric/Bloating
<input type="checkbox"/>	哮喘 Asthma	<input type="checkbox"/>	月经问题 Menstrual Problem	<input type="checkbox"/>	疲劳 Fatigue	<input type="checkbox"/>	肝病/B型肝炎 Liver Disease/Hepatitis B
<input type="checkbox"/>	糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/>	更年期 Menopause	<input type="checkbox"/>	夜尿 Night Urination	<input type="checkbox"/>	高血压 High Blood Pressure
<input type="checkbox"/>	心脏病 Heart Disease	<input type="checkbox"/>	经痛 Menstrual Pain	<input type="checkbox"/>	头痛 Headache	<input type="checkbox"/>	高胆固醇 High Blood Cholesterol
<input type="checkbox"/>	关节炎 Arthritis	<input type="checkbox"/>	肿瘤/癌症 Cancer/Tumor	<input type="checkbox"/>	敏感(皮肤, 鼻子, 食物) Allergy (Skin, Nasal, Food)		
<input type="checkbox"/>	尿酸 Urine Acid	<input type="checkbox"/>	肥胖/过瘦 Over/Under Weight	<input type="checkbox"/>	其他 Other: _____		

健康问题的症状、情况: (请详述) Symptoms of the disease (Please describe)

身体 Physical

	次数 times	服用药物/保健品 Medication/Supplements	病情改善/恶化 Improvement / Deterioration
中医 Chinese Medicine			
西医 Medical Doctor			
营养师 Nutritionist			

心灵/思想 Spiritual/Mental 请填写 A - E Fill in A-E

情绪 Emotions 积极思想 Positive Thinking 人际关系 Human Relationship 精神 Energy
压力 Mental Stress

*A-极佳 B-佳 C-中等 D-差 E-极差 A-Very Good B-Good C-Medium D-Bad E-Very Bad

饮食 Diet 请填写 A - C Fill in A-C

主食 Main Course: 白米 White Rice 白面包 White Bread 白糖 White Sugar

肉类 Meat: 鸡肉 Chicken 牛肉 Beef 羊肉 Mutton 猪肉 Pork 鱼 Fish 海鲜 Seafood

蔬菜 Vegetables 零食 Junk Food 糕点 Pastries 冰冷食物 Cold Foods 咖啡 Coffee

茶 Tea 软饮料 Soft Drinks 其他 Others: _____

*A-每周三天以上 B-每周三天以下 C-不吃 A-3 days and above weekly B-1-3days weekly C-Not eating

生活习惯 Lifestyles

睡眠时间 (小时) Sleeping Hours: _____ 睡眠情况 Sleeping Condition: _____

运动 (每个星期几次) Exercise (How many times a week): _____

家居(有/没有) Household: 空气清新器 Air Purifier 水过滤器 Water Filter 食物解毒机 Food Detoxifier

抽烟 Smoking : 喝酒 Drinking :

营养辅助品 Nutritional Supplements

是否食用过营养辅助品? Taken nutritional supplements? _____

	上课前 Before course (/ /)	三个月后 3 months later (/ /)	六个月后 6 months later (/ /)	九个月后 9 months later (/ /)
种类 Types				
品牌 Brand				
多长时间 Duration				

	上课前 Before course (/ /)	三个月后 3 months later (/ /)	六个月后 6 months later (/ /)	九个月后 9 months later (/ /)
身体 Physical				
心灵/思想 Mental Spiritual				
生活习惯 Lifestyles				
人际关系 Human Relation				

饮食Diet	上课前 Before course (/ /)	三个月后 3 months later (/ /)	六个月后 6 months later (/ /)	九个月后 9 months later (/ /)
早餐 Breakfast				
午餐 Lunch				
晚餐 Dinner				
备注 Remarks				

结论 Conclusions

三个月后
Three months later

六个月后
Six months later

九个月后
Nine months later

总结 Overall Conclusion

本人填写的事项都是真实的，若有不实，本人将全权负责。本人愿意将这课程健康研究档案用于教学研究和成为公开见证去帮助更多人获得健康

I hereby acknowledge the information provided above is complete and accurate. I agree that my Health Care Analysis is to be applied as case study and testimonies for the academy.

学生签名 Student Signature

教师签名 Lecturer Signature