

编号_____

床号_____

调查日期_____

II 型糖尿病相关情况调查表

亲爱的病友朋友：

您好！下面这些问题只围绕您的生活、睡眠及疾病等情况，如您同意请按照自身实际情况填写下面的资料，为更好地治疗和康复提供参考。本次调查不记名，我们承诺对您的资料严格保密，感谢您的配合！

一、一般情况

1.0 性别：①男 ②女

1.1 年龄：_____岁 1.2 身高：_____cm 1.3 体重：_____Kg

1.4 您的常住地：①城市 ②乡镇 ③农村

1.5 您的婚姻状况：①已婚 ②未婚 ③其他（离异、丧偶）

1.6 您的职业：①农民 ②工人 ③企事业单位工作者 ④做生意 ⑤退休 ⑥其他

1.7 您的文化程度：①小学及以下 ②初中 ③高中及中专 ④大专及以上

1.8 您的家庭月收入：①2000 以下 ②2000-5000 ③5001-8000 ④8000 以上

二、影响因素

2.0 您之前做过手术吗？①否 ②是

2.1 您是否患有高血压？①否 ②是

2.2 您是否坚持服药进行治疗？①是 ②否

2.3 您目前感觉身体有疼痛吗？①没有 ②有

2.4 病程长短：①<1 年 ②1-5 年 ③>5 年

2.5 您是否吸烟：①是 ②否 ③已戒烟

2.6 您是否饮酒：①是 ②否 ③已戒酒

2.7 您目前的饮食状况如何？①很好 ②一般 ③很差

2.8 您多久体检一次？①半年 ②一年 ③两年 ④从不主动体检

2.9 为了治病，您有经济负担吗？①完全无 ②基本无 ③有一些 ④很重

2.10 您一日三餐规律吗？①很规律 ②比较规律 ③不怎么规律 ④很不规律

2.11 您感觉工作或生活压力很大吗？①从未 ②很少 ③有时 ④经常 ⑤总是

2.12 您平时运动吗？①5 次以上/周 ②3-4 次/周 ③1-2 次/周 ④几乎不运动

2.13 该疾病给您带来了很大的心理负担吗？①没有 ②稍有 ③中度 ④较大 ⑤严重

2.14 空腹血糖_____ 2.15 餐后两小时血糖_____ 2.16 糖化血红蛋白_____

2.17 空腹 C 肽_____

三、睡眠情况（请根据您最近一个月的情况，回答下列问题）

1、近一个月，晚上睡觉通常是几点：_____

2、每晚入睡通常需要_____分钟

3、通常早上_____点起床

4、每夜通常实际睡眠_____小时（不等于卧床时间）

对下列问题请选择数字为每个问题最合适的答案

5、近一月，因下列情况影响睡眠而烦恼：	①没有 (月)	②平均少于1次 (周)	③平均1-2次 (周)	④平均3次及以上 (周)
a.入睡困难(30分钟内不能入睡)				
b.夜间易醒或早醒				
c.夜间去厕所				
d.呼吸不畅				
e.咳嗽或鼾声高				
f.感觉冷				
g.感觉热				
h.做噩梦				
i.疼痛不适				
j.其他影响睡眠的事情				
如有，请说明				
6、您用催眠药的情况				
7、您常感觉到困倦吗?				
8、您做事情精力不足吗?				

9、近一月，总的来说，您认为自己的睡眠：①很好 ②较好 ③较差 ④很差