



OOO "MICRONUTRIENTS"

Systemic diagnostics and treatment of mineral imbalances and intoxications

DR. SKALNY'S HAIR ANALYSES®

License: 77-01-006064

Campus 8, build. 13, Perevedenovskiy Lane,
105082, Moscow, Russia

Tel.: (495) 641-0391, 641-0392, 641-0393
www.microelements.ru, e-mail: skalny2@microelements.ru

敬愛的顧客，您好！請您填寫以下基本資料表：

病人基本資料表（檢測前請填寫）

Patients questionnaire for conducting research on the content of chemical elements in biosubstrates

姓名(中文) Surname and name (Chinese)	
姓名(英文) Surname and name (English)	
取樣日期 Date of sampling	年 月 日
初診/複診 First / repeat visit	<input type="checkbox"/> 初診 (first) <input type="checkbox"/> 複診 (repeat)
化學元素檢測數量 Number of chemical elements for the analysis	<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 40
出生年月日(西元) Date of birth	年 月 日
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 (male) <input type="checkbox"/> 女 (female)
身高 Height	公分 (cm)
體重 Weight	公斤 (kg)
血型 Blood type	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB \ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -
血壓 (非必要) Blood pressure	
髮色 Color of hair	<input type="checkbox"/> 黑髮 (black) <input type="checkbox"/> >50%白髮 (>50% gray)
酗酒 Alcohol abuse	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes)
抽煙 Smoking	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes) \ ___年 (years) \ ___每日抽煙數 (packs per day)
飲食習慣 Diet	<input type="checkbox"/> 葷素均食 (mixed) <input type="checkbox"/> 偏素食 (vegetarian) <input type="checkbox"/> 中式飲食(Ch. food) <input type="checkbox"/> 中西式飲食(mixed) <input type="checkbox"/> 西式飲食(West. food)
運動量 Physical activity	<input type="checkbox"/> 高 (high) <input type="checkbox"/> 中 (moderate) <input type="checkbox"/> 低 (low)
出生地(國家,城市) Birth place (country, city)	
近5年居住之國家,城市 Where have you lived for the last 5 years (country, city)?	

編號:

工作類別 (專業) Type of work (profession)	
最近是否染髮/燙髮或今日使用髮膠/髮雕/髮露? (請圈選) Hair coloring / perm or did you use today 安 any hairspray, gel, or styling fluid? (please circle)	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes) 何時染髮/燙髮 (date of hair coloring / perm) _____
每日平均工時 Average number of working hours per day	
近 6 個月是否服用含有生物元素的補充品/ 使用含有生物元素的洗髮精? What dietary supplements / shampoos with microelements you have taken / have used for the last 6 months?	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes) 商品名 (name) _____
是否長期服用中藥? Do you take any Chinese medical drugs?	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes) 中藥名稱 (name) _____
準確診斷 Accurate diagnosis	
病史: Medical history: <input type="checkbox"/> 肺結核 TB <input type="checkbox"/> 氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 中風 Stroke <input type="checkbox"/> 貧血 Anemia <input type="checkbox"/> 心臟病 Heart diseases <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 腎臟病 Kidney diseases <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 高脂血症 Hyperlipidemia <input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病 Thyroid diseases <input type="checkbox"/> 痛風或高尿酸血症 Gout or hyperuricemia <input type="checkbox"/> 精神疾病 Psychiatric disorders	<input type="checkbox"/> B 型肝炎 Hepatitis B <input type="checkbox"/> C 型肝炎 Hepatitis C <input type="checkbox"/> 大腸癌 Colon cancer <input type="checkbox"/> 胃癌 Stomach cancer <input type="checkbox"/> 肝癌 Liver cancer <input type="checkbox"/> 肺癌 Lung cancer <input type="checkbox"/> 乳癌 Breast cancer <input type="checkbox"/> 攝護腺癌 Prostate cancer <input type="checkbox"/> 子宮頸癌 Cervical cancer <input type="checkbox"/> 無上述疾病 None of the diseases described above <input type="checkbox"/> 其他 Others: _____
ICD-10 code* *須由醫師填寫 *Should be filled by doctor	
是否有何種症狀 Complaints	
是否懷孕 Pregnancy	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes) 周數 (weeks) _____
是否哺乳 Breastfeeding	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes) 月數 (months) _____
最近是否施行手術 (最近一年內) After surgery (within the last year)	<input type="checkbox"/> 否 (no) <input type="checkbox"/> 是 (yes) 手術日期 (surgery date) _____ 何種手術 (type of surgery) _____
平常選擇治療方式 What kind of treatment do you usually choose?	<input type="checkbox"/> 中醫 (Chinese medicine) <input type="checkbox"/> 西醫 (Western medicine)

敬祝 健康!

莫斯科生物醫學中心 敬上

送檢單位: