

CLIENT HEALTH RECORD (HG T18 Treatment Progress) 服用康立T18病征变化进度表

Thyroid disorder symptoms Before & After taking HG T18? 服用康立T18前/后发现有以下病征变化? Mark:

In Months/月								In Months/月								1. Name 英文姓名: _____	
0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	4	5	6	2. Address 地址: _____			
Slow heartbeat (less than 60/min) 脉搏缓慢(一分钟六十次以下)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rapid heartbeat (more than 80/min) 脉搏快速(一分钟八十次以上)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Email Address 电子邮件: _____			
Puffy face 脸部浮肿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bulging eyes 眼球突出	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Tel. 电话: + _____			
Enlarged Thyroid (Goiter) 颈部涨大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Redish & burning eyes 眼睛红肿灼热	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Sex 性别: <input type="checkbox"/> M 男 <input type="checkbox"/> F 女			
Dry & itchy skin 皮肤干燥而痕痒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enlarged Thyroid (Goiter) 颈部涨大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Birth 出生日期(dd/mm/yy): _____			
Cold intolerance; not easy to sweat 畏寒, 不容易流汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heat intolerance; easy to sweat 怕热, 容易流汗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Occupation 工作性质: _____			
Low, crackling & unclear voice 声音嘶哑, 低沉, 说话不清楚	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitation; Heart-rending 心悸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Marital Status 婚姻状况: _____			
Loss appetite yet gain weight 食欲不振却体重增加	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Decreasing concentration 缺乏集中力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. First encounter with Thyroid Disorder dd/mm/yy: 开始发病日期? _____			
Constipation 有便秘倾向	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervousness & easily agitated 神经质, 情绪急躁而容易发怒	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. No. of RadioActive Iodine Treatment? 是否服用过放射性碘治疗及其次数? Never 从未 <input type="checkbox"/>			
Cold hand & leg 四肢冰冷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension; insomnia 情绪烦躁; 失眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Any Partial or Total Thyroidectomy? 是否动过甲状腺切除手术? Yes是 <input type="checkbox"/> No否 <input type="checkbox"/>			
Frequent headache 容易头痛	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremor of fingers; unstable hands 手发抖	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Abnormal Growth in Thyroid Gland? 发现甲状腺肿瘤或结节? _____			
Deteriated hearing ability 听觉减退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Numbness of fingers & legs 四肢发麻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. Present Prescriptive drugs/dosage? 现时服用西药名称及剂量? _____			
Poor memory 记忆力减退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis 膝盖关节酸痛无力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. BEFORE T18: TSH Values. 服用康立T18前: AFTER T18: TSH Values. 服用康立T18后: Months 1 2 3 4 5 6 Value             mIU/l			
Fatigue 肌力活力减退	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pressured chest 胸口闷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. BEFORE T18: T4/FT4 Values. 服用康立T18前: AFTER T18: T4/FT4 Values. 服用康立T18后: Months 1 2 3 4 5 6 Value             mIU/l			
Muscle aches & cramp 容易抽筋	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dyspnea 呼吸困难	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. BEFORE T18: T3/FT3 Values. 服用康立T18前: AFTER T18: T3/FT3 Values. 服用康立T18后: Months 1 2 3 4 5 6 Value             mIU/l			
Slow in response 反应迟钝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Easy tired but high in spirit 容易疲倦但情绪高昂	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Date Started HG T18 开始服用康立T18日期: (dd/mm/yy) Membershi p 康立健卫会员编号: _____			
Forgetfulness; Low productivity 健忘, 工作效率降低	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Good appetite yet loss weight 食欲非常好但体重却减轻	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Brittle nails 指甲粗糙破损	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frequent bowel movements 大便容易下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Thinning of eyebrows 眉毛稀疏	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fast growth of hair but thinning 头发生长速度快但变得幼及软	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dry, coarse hair & easy hair loss 头发容易掉落而变得稀疏或秃头	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abnormal blood pressure 血压异常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Heavy menstrual periods 女性生理期血量增多, 持续日数比较长	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scant menstrual periods 女性生理期血量减少, 持续日数比较短	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Remarks 其他:

17. Date Started HG T18 开始服用康立T18日期:  
(dd/mm/yy)  
Membershi p 康立健卫会员编号: \_\_\_\_\_