



An initiative of



MINISTRY OF HEALTH
SINGAPORE

English Version | தமிழ் பதிப்பு

Healthier SG Onboarding Questionnaire

Complete a simple questionnaire to facilitate your first onboarding health consultation.
5 minutes estimated time to complete. Please tick on the circles and fill in the blanks accordingly.

Name:

NRIC:

Height(cm):

Weight(kg):

Body Mass Index (BMI):

Smoking History

1. Are you a smoker?

No, never smoked

No, ex-smoker

Yes, current smoker

Medical History

2. Has a doctor ever told you that you have diabetes, high blood pressure, and/or high blood cholesterol?

Yes

No

Not sure

If yes, please select all that apply:

Diabetes*

High blood pressure

High blood cholesterol

*Which of the following screenings have you gone for in the last 1 year? Please select all that apply.

Diabetic eye screening

Diabetic foot screening

None of them

Not sure

Health Screening (If you have answered 'Yes' in Question 2, please skip ahead to Question 6.)

3. Did you go for diabetes screening in the past 3 years?

Yes

No

Not sure

4. Did you go for blood pressure screening in the past 2 years?

Yes

No

Not sure

5. Did you go for cholesterol screening in the past 3 years?

Yes

No

Not sure

6. Did you go for colorectal cancer screening, either a (i) Faecal Immunochemical Test in the past year, or (ii) Colonoscopy in the last 10 years?

Yes

No

Not sure

Not applicable, I am not 50 years old and above

7. Did you go for breast cancer screening (Mammogram) in the past 2 years?

Yes

No

Not sure

Not applicable, I am not a female 50 years old and above

8. Did you go for cervical cancer screening, either (i) a Pap Smear in the past 3 years, or (ii) HPV DNA test in the past 5 years?

Yes

No

Not sure

Not applicable, I am not a female 25 years old and above

Other Concerns

What other health concerns do you have?



An initiative of

MINISTRY OF HEALTH
SINGAPORE

English Version | தமிழ் பதிப்பு

Healthier SG உள்நுழைவு (Onboarding) கேள்வித்தாள்

உங்களின் முதல் ஆலோசனையை எளிதாக்க கீழ் இருக்கும் கேள்வித்தாளை நிரப்பவும்.
வட்டங்களில் டிக் குறியிட்டு இதர விவரங்கள் நிரப்பவும்.

பெயர்:

NRIC:

உயரம் (cm):

எடை (kg):

BMI:

புகைபிடித்தல் வரலாறு

1. நீங்கள் புகைப்பிடிப்பவரா?

- இல்லை, புகைபிடித்ததில்லை இல்லை, முன்னாள் புகைப்பிடிப்பவர்
 ஆம், தற்போது புகைப்பிடிப்பவர்

மருத்துவ வரலாறு

2. உங்களுக்கு நீரிழிவு நோய், உயர் இரத்த அழுத்தம் மற்றும்/அல்லது அதிகக் கொழுப்புச்சத்து இருப்பதாக மருத்துவர் எப்போதாவது உங்களிடம் கூறியுள்ளாரா?

- ஆம் இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை

ஆம் என்றால், பொருந்தக்கூடிய அனைத்தை தேர்ந்தெடுக்கவும்:

- நீரிழிவு நோய்* உயர் இரத்த அழுத்தம் அதிகக் கொழுப்புச்சத்து

*கடந்த 1 வருடத்தில் பின்வரும் எந்த பரிசோதனைக்குச் சென்றுள்ளீர்கள்? பொருந்தும் அனைத்தை தேர்ந்தெடுக்கவும்.

- நீரிழிவு கண் பரிசோதனை நீரிழிவு பாதப் பரிசோதனை
 இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை

சுகாதார பரிசோதனை

(நீங்கள் கேள்வி 2 இல் 'ஆம்' என்று பதிலளித்திருந்தால், தயவுசெய்து கேள்வி 6 க்கு பதிலளிக்கவும்)

3. கடந்த 3 ஆண்டுகளில் நீரிழிவு பரிசோதனைக்கு சென்றீர்களா?

- ஆம் இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை

4. கடந்த 2 ஆண்டுகளில் இரத்த அழுத்த பரிசோதனைக்கு சென்றீர்களா?

- ஆம் இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை

5. கடந்த 3 ஆண்டுகளில் அதிகக் கொழுப்புச்சத்து பரிசோதனைக்கு சென்றீர்களா?

- ஆம் இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை

6. நீங்கள் பெருங்குடல் புற்றுநோய் பரிசோதனைக்கு சென்றீர்களா, அல்லது (i) கடந்த ஆண்டில் மலம் இம்யூனோகெமிக்கல் சோதனை, அல்லது (ii) கடந்த 10 ஆண்டுகளில் கொலோனோஸ்கோபி?

- ஆம் இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை
 பொருந்தாது, நான் 50 வயது மற்றும் அதற்கு மேல் இல்லை

7. கடந்த 2 ஆண்டுகளில் மார்பக புற்றுநோய் பரிசோதனைக்கு (மேமோகிராம்) சென்றீர்களா?

- ஆம் இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை
 பொருந்தாது, நான் 50 வயது மற்றும் அதற்கு மேற்பட்ட பெண் அல்ல

8. நீங்கள் கர்ப்பப்பை வாய் புற்றுநோய் பரிசோதனைக்கு சென்றீர்களா? (i) கடந்த 3 ஆண்டுகளில் ஒரு பாப் ஸ்மியர், அல்லது (ii) கடந்த 5 ஆண்டுகளில் HPV DNA சோதனை?

- ஆம் இல்லை உறுதியாக தெரியவில்லை
 பொருந்தாது, நான் 25 வயது மற்றும் அதற்கு மேற்பட்ட பெண் அல்ல

மற்ற கவலைகள்

உங்களுக்கு வேறு என்ன உடல்நலக் கவலைகள் உள்ளன?