

BẢNG CÂU HỎI KIỂM TRA SỨC KHỎE (CƠ BẢN)

Mã số quản lý

ID

T		E		L		I		D	
NỘI DUNG KIỂM TRA		MÃ SỐ CẢNH		MÃ SỐ HIỆU		SỐ		SỐ THẺ KHÁM BỆNH	
Ngày tháng năm sinh		Độ tuổi		Giới tính		Loại khám		Mã số bảo hiểm	
Ngày khám		Địa điểm		Mã số bảo hiểm		Mã hiệu		Số thẻ khám bệnh	

* Xin vui lòng **điền trước bảng câu hỏi bằng bút chì** và mang theo vào ngày hôm đó. Ngoài ra, sau khi kiểm tra sức khỏe nhất định phải nộp lại cho nhân viên phụ trách.

* Vì sẽ xử lý bằng máy, vì thế xin vui lòng không để bảng câu hỏi bị dơ bẩn hoặc bị uốn cong, gấp nếp.

* Xin vui lòng mang theo thẻ bảo hiểm sức khỏe và thẻ khám bệnh.

Bảng câu hỏi Vui lòng gạch vào mục tương ứng trả lời các câu hỏi sau đây.

- 1 Hiện tại, bạn có uống những loại thuốc nào từ a đến c không?
- a Thuốc hạ huyết áp Có Không
- b Thuốc giảm lượng đường trong máu hoặc tiêm thuốc insulin Có Không
- c Thuốc giảm mỡ trong máu và chất béo trung tính Có Không

2 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tai biến mạch máu não (xuất huyết não, nhồi máu não, v.v...) và được nhận điều trị hay không?

Có Không

3 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tim (chứng đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, v.v...) và được nhận điều trị hay không?

Có Không

4 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh thận mạn tính hay suy thận và được nhận điều trị (chạy thận nhân tạo, v.v...) hay không?

Có Không

5 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán bị thiếu máu bao giờ chưa? (ngoại trừ đang mang thai)

Có () năm trước Không

6 Hiện tại bạn có thói quen hút thuốc không?
(* "Người hiện đang có thói quen hút thuốc lá" là những người "hút tổng cộng trên 100 điếu hoặc hút trên 6 tháng" và hiện vẫn đang hút trong vòng 1 tháng gần đây)

Có Không

7 So với năm 20 tuổi, cân nặng hiện tại có tăng trên 10kg hay không?

Có Không

8 Bạn có duy trì hơn 1 năm liên tục vận động nhẹ để ra mồ hôi từ 2 ngày trở lên trong tuần và mỗi lần kéo dài hơn 30 phút hay không?

Có Không

9 Trong cuộc sống hằng ngày, bạn có đi bộ hay vận động cơ thể tương đương khoảng trên 1 tiếng 1 ngày không?

Có Không

10 So với những người cùng độ tuổi và cùng giới tính bạn đi bộ có nhanh hơn không?

Có Không

11 Khi cắn nhai thức ăn bạn thuộc vào trạng thái nào sau đây?
 Có thể cắn và nhai tất cả các loại thức ăn Khó cắn nhai thức ăn vì có những chỗ răng cắn không khớp Hầu như không thể cắn nhai được

12 Bạn có hay dùng bữa tối trong vòng 2 tiếng trước khi đi ngủ và từ 3 lần trở trên trong một tuần hay không?

Có Không

13 Ngoài 3 bữa chính sáng trưa tối, bạn có thường ăn hay uống đồ ngọt không?

Hằng ngày thỉnh thoảng Hầu như không

14 Bạn có bỏ bữa sáng từ 3 lần trở lên trong một tuần hay không?

Có Không

15 Bạn có ngủ đủ giấc hay không?

Có Không

16 So với mọi người tốc độ ăn của bạn như thế nào?

Nhanh Bình thường Chậm

17 Tần suất uống rượu (rượu Nhật, rượu Sochu, bia, rượu tây, v.v...) của bạn thế nào?

Hằng ngày thỉnh thoảng Hầu như không uống (không thể uống)

18 Với người có uống rượu, lượng rượu uống tương ứng trong một ngày khoảng bao nhiêu?
1 ly (180ml) rượu Nhật tương ứng: 1 chai bia (khoảng 500ml), (110ml) rượu Sochu 25 độ, 1 ly (60ml) rượu Whisky double, 2 ly (240ml) rượu vang

Chưa đến 1 ly Từ 1 ly đến chưa đầy 2 ly Từ 2 ly đến chưa đầy 3 ly Trên 3 ly

19 Bạn có ý định cải thiện thói quen cuộc sống như vận động, ăn uống, v.v... không?

Không có ý định cải thiện Có ý định cải thiện (trong khoảng 6 tháng)

Có ý định cải thiện trong thời gian gần (khoảng 1 tháng) và bắt đầu từ từ Đang nỗ lực cải thiện (chưa được 6 tháng) Đang nỗ lực cải thiện (trên 6 tháng)

20 Nếu có cơ hội được hướng dẫn chăm sóc sức khỏe cải thiện thói quen sinh hoạt bạn có sử dụng không?

Có Không

Tiền sử bệnh

Trường hợp có tiền sử bệnh, vui lòng gạch vào ô tương ứng.

<input type="checkbox"/> Không có gì đặc biệt	Đang điều trị	Điều trị dứt điểm	Bỏ lơ	Phẫu thuật	Độ tuổi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Cao huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Rối loạn lipid máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Bệnh não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Bệnh tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Bệnh thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Thiếu máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Gout/Tăng axit uric máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Viêm gan B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Viêm gan C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Rối loạn chức năng gan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Bệnh tuyến tiền liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Bệnh tuyến giáp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Khác ①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
[]					
Khác ②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
[]					
Khác ③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
[]					

000000
Triệu chứng cơ năng Nếu có những biểu hiện lâm sàng, hãy gạch vào ô tương ứng với biểu hiện trong 1 tháng gần đây.

<input type="checkbox"/> 0. Không có gì đặc biệt	
<input type="checkbox"/> 1. Sưng phù mắt/tay chân	<input type="checkbox"/> 9. Tê tay chân
<input type="checkbox"/> 2. Khô miệng	<input type="checkbox"/> 10. Nói líu lưỡi
<input type="checkbox"/> 3. Tiểu ra máu	<input type="checkbox"/> 11. Nhức đầu
<input type="checkbox"/> 4. Đi tiểu khó	<input type="checkbox"/> 12. Chóng mặt, mắt thẳng bằng
<input type="checkbox"/> 5. Thường xuyên đi tiểu	<input type="checkbox"/> 13. Đau/tức ngực
<input type="checkbox"/> 6. Cơ thể mệt mỏi, uể oải	<input type="checkbox"/> 14. Bồn chồn/khó thở
<input type="checkbox"/> 7. Sụt cân đột ngột	<input type="checkbox"/> 15. Mạch loạn
<input type="checkbox"/> 8. Biểu hiện khác	
[]	

Tiếp tục về tiền sử bệnh ② (bệnh về mắt) ở mặt sau

Mục kiểm tra ① (ô nhân viên phụ trách điền)

Kiểm tra nước tiểu (M)

Có

Rối loạn chức năng thận

Có



Dấu hiệu lấy máu

Đạm - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

Đường - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

Máu ẩn (trong phân hoặc nước tiểu) - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

Cân nặng . kg

Chiều cao . cm

Vòng bụng . cm

Huyết áp Lần 1 / • Hôm nay có uống thuốc huyết áp không (Có • Không)

Lần 2 /

Máu Sau ăn . tiếng • Thời gian ăn uống gần nhất giờ

Đường huyết Đường huyết lúc bụng rỗng HbA1c Lượng muối tiêu thụ ước lượng

Viêm gan Pepsinogen

PSA Rubella

(kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền liệt)

• Sử dụng thuốc chống đông máu (Có • Không)

• Tiền sử ngưng kết đông máu (Có • Không)

Mật độ xương (siêu âm) . • Nguyên vọng dùng kim truyền tĩnh mạch (Có • Không)

Nhận xét của nhân viên phụ trách

Mục kiểm tra ② (ô nhân viên phụ trách điền)

Khám nội khoa	Cần hướng dẫn (đang điều trị)	Cần chăm sóc y tế
1. Loạn nhịp tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiếng thổi ở tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Âm thanh hơi thở bất thường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Thiếu máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Phù nề	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rối loạn giác quan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Phi đại tuyến giáp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bác sĩ số Không có gì đặc biệt

Xét nghiệm thiếu máu Chỉ định của bác sĩ Có tiền sử bệnh (chỉ với người đã khỏi bệnh hoặc bỏ lơ tình trạng bệnh trong vòng 5 năm) Có nghi ngờ bằng kiểm tra trực quan Có tiền sử bệnh và cả kiểm tra trực quan

Creatinin Chỉ định của bác sĩ Điện tâm đồ Chỉ định của bác sĩ HR

Quan sát đáy mắt Chỉ định của bác sĩ Phái No. Trái No.

Tiền sử bệnh ② (Bệnh về mắt) Trường hợp có tiền sử bệnh, vui lòng gạch vào ô tương ứng.

	Đang điều trị	Điều trị dứt điểm	Bỏ lơ	Phẫu thuật	Độ tuổi
<input type="checkbox"/> Không có gì đặc biệt					
Đục thủy tinh thể (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tăng nhãn áp (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
KhácⓄ (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tên bệnh ()					
KhácⓄ (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tên bệnh ()					