

# 住民体检(后期检查)问诊票

管理号码

ID

〒		TEL		ID		※请填写紧急情况时可以取得联系的电话号码。	
※年龄按2023年3月31日时的年龄来计算。		检查项目		受理号码			
生年月日	年龄	性别	健诊种类	个人号码	团体		
检查日	会场	保险者号码	记号	号码	检查券号码		

- \* 问诊事项请**先用铅笔**填写后，检查当天带到会场来。并且检查后请务必提交。
- \* 因为要进行机械处理，所以请不要弄脏或折弯。
- \* 请务必携带健康保险证和检查券。

问诊栏	请在下述问题的答案上划竖线。	
①你现在的健康状况如何？	<input type="checkbox"/> 很好	<input type="checkbox"/> 还可以
	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 不太好
	<input type="checkbox"/> 不好	
②你对每天的生活满足吗？	<input type="checkbox"/> 满足	<input type="checkbox"/> 稍微满足
	<input type="checkbox"/> 不太满足	<input type="checkbox"/> 不满
③你一天三餐吃得好吗？	<input type="checkbox"/> 好	<input type="checkbox"/> 不好
④和半年前相比硬东西（*）变得难吃了吗？ * 干鱿鱼、腌萝卜等	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑤喝茶和汤时会呛到吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑥6个月内体重减轻了2~3公斤以上吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑦你觉得走路的速度比以前慢了吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑧你这一年跌倒过吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 是
⑨你每周做一次以上的步行等运动吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑩被周围的人说有“总是听同样的事情”等健忘症吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑪你有不知道今天是几月几号的时候吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有
※ ⑫你抽烟吗？	<input type="checkbox"/> 抽	<input type="checkbox"/> 不抽
	<input type="checkbox"/> 戒了	
⑬你一周外出一次以上吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑭你平时有和家人和朋友交往吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑮身体不好的时候，身边有可以商量的人吗？	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 没有
⑯你睡眠中能得到足够的休息吗？	<input type="checkbox"/> 能	<input type="checkbox"/> 不能
⑰几乎每天都笑吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
⑱ 喝酒（日本酒、烧酒、啤酒、洋酒等）的频率是多少？	<input type="checkbox"/> 每天	<input type="checkbox"/> 偶尔
	<input type="checkbox"/> 几乎不喝（不能喝）	
※ ⑲喝酒的人每天饮酒的量是多少？ 日本酒一合（180ml）的标准：啤酒中一瓶（约500ml）烧酒25度（110ml）威士忌双倍一杯（60ml）葡萄酒两杯（240ml）	<input type="checkbox"/> 不满一合	<input type="checkbox"/> 一至两合
	<input type="checkbox"/> 两至三合	<input type="checkbox"/> 三合以上
⑳现在服用a至c的药吗？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
a 降压药	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
b 血糖降低药或胰岛素注射	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是
c 降低胆固醇和中性脂肪的药	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 不是

既往病史①	有既往病史的人，请在该项目上划竖线。					
<input type="checkbox"/> 没有	治疗中	治愈	放任	手术	年龄	
高血压病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
脂质异常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
脑的疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
心脏病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
肾脏的疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
贫血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
痛风、高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
乙肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
丙肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
肝功能障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
前列腺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
甲状腺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
其他①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
[						
其他②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
[						
其他③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88	
[						
					000000	
自觉症状	有自觉症状的人，请在最近1个月以内该项目上划竖线					
<input type="checkbox"/> 0.没有症状						
<input type="checkbox"/> 1.脸和手脚的浮肿					<input type="checkbox"/> 9.手脚麻木	
<input type="checkbox"/> 2.口渴					<input type="checkbox"/> 10.舌头转不过来弯	
<input type="checkbox"/> 3.尿血尿					<input type="checkbox"/> 11.头疼	
<input type="checkbox"/> 4.不容易出尿					<input type="checkbox"/> 12.头晕	
<input type="checkbox"/> 5.尿频					<input type="checkbox"/> 13.胸痛	
<input type="checkbox"/> 6.乏力					<input type="checkbox"/> 14.心悸、气短	
<input type="checkbox"/> 7.突然瘦了					<input type="checkbox"/> 15.心律失常	
<input type="checkbox"/> 8.其他						
[						

请继续填写背面的既往病史②（眼的疾病）

检查项目① (工作人员填写栏)

尿检查(M) 有 肾功能障碍 有



抽血签字

蛋白 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+

糖 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+

潜血 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+

体重  .  kg

身高  .  cm

腹围  .  cm

血压 第一次  /  ·今天有无内服降压药 ( 有 · 无 )

第二次  /

血液 饭后  .  小时 ·饮食时间  点

血糖  空腹时血糖  HbA1c  推定盐分摄取量

肝炎   胃蛋白酶原

PSA   风疹

·抗凝固剂 内服 ( 有 · 无 )

·有过凝集凝固 ( 有 · 无 )

骨密度(超音波)  .  ·翼状针希望 ( 有 · 无 )

工作人员评论

检查项目② (工作人员填写栏)

	要指导 (治疗中)	要治疗
内科诊察		
1. 心律失常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 心杂音	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 呼吸音异常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 贫血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 浮肿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 感觉障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 甲状腺肿大	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医生No.   没有

贫血检查  医生指示 {  有既往病史 (限5年以内治愈、放任的人)  
 视诊发现问题  
 有既往病史、视诊也有问题

肌酸酐  医生指示

心电图  医生指示

HR

眼底  医生指示

右No

左No

既往病史② (眼的疾病) 有既往病史的人, 请在该当项目上划竖线。

	治疗中	治愈	放任	手术	年龄
<input type="checkbox"/> 没有					
白内障 ( 左 右 双眼 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
绿内障 ( 左 右 双眼 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
其他① ( 左 右 双眼 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
病名 ( )					
其他② ( 左 右 双眼 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
病名 ( )					