

BẢNG CÂU HỎI KIỂM TRA SỨC KHỎE (KHÁM HẬU KỲ)

Mã số quản lý

ID

--	--

T	E L	I D
*Chúng tôi có thể sẽ liên hệ với bạn trong trường hợp khẩn cấp, vì vậy, xin vui lòng cung cấp số điện thoại để liên lạc.		
Nội dung kiểm tra		Mã số tiếp nhận
※Số tuổi tại thời điểm cuối niên độ năm nay		
Ngày tháng năm sinh		
Ngày khám		

* 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 Tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn như thế nào? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Rất tốt <input type="checkbox"/> Tốt </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Bình <input type="checkbox"/> Không tốt cho lắm </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Tệ </div>
② Bạn có hài lòng với cuộc sống hằng ngày không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Hài lòng <input type="checkbox"/> Hơi hài lòng <input type="checkbox"/> Hơi bất mãn <input type="checkbox"/> Bất mãn </div>
③ Bạn có ăn đầy đủ 3 bữa một ngày không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
④ Việc ăn nhai thức ăn cứng (*) có trở nên khó khăn hơn so với nửa năm trước không? (* Ví dụ mực, củ cải muối, v.v....) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑤ Bạn có hay bị sặc đồ ăn thức uống như trà hoặc súp, v.v....không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑥ Bạn có sụt cân từ 2~3kg trở lên trong vòng 6 tháng không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑦ Bạn có cảm thấy mình đang đi tốc độ chậm hơn so với trước đây không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑧ Bạn đã từng bị ngã trong năm qua chưa? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑨ Bạn có tập thể dục như đi bộ, v.v...ít nhất 1 lần một tuần không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑩ Bạn đã từng bị người khác nói rằng bạn hay quên (chẳng hạn như "điều này đã kể/nói nhiều lần rồi" hay chưa? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑪ Có khi nào bạn không biết hôm nay là ngày mấy tháng mấy không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
※ ⑫ Bạn có đang hút thuốc không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Đang hút <input type="checkbox"/> Không hút <input type="checkbox"/> Đã bỏ thuốc </div>
⑬ Bạn có thường xuyên đi ra ngoài không? (ít nhất 1 lần trong tuần) <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑭ Bạn có thường gặp gỡ, giao lưu với gia đình và bạn bè hay không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑮ Bạn có ai thân thiết, gần gũi để chuyện trò, nói chuyện khi đau ốm hay không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑯ Bạn có ngủ đủ giấc hay không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
⑰ Bạn có cười hầu như mỗi ngày hay không? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không </div>
※ ⑱ Tần suất uống rượu (rượu Nhật, rượu Sochu, bia, rượu tây, v.v...) của bạn thế nào? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Hằng ngày <input type="checkbox"/> Thỉnh thoảng <input type="checkbox"/> Hầu như không uống (không thể uống) </div>
⑲ Với người có uống rượu, lượng 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Chưa đến 1 ly <input type="checkbox"/> Từ 1 ly đến chưa đầy 2 ly <input type="checkbox"/> Từ 2 ly đến chưa đầy 3 ly <input type="checkbox"/> Trên 3 ly </div>
⑳ Hiện tại, bạn có uống những loại thuốc nào từ a đến c không? a Thuốc hạ huyết áp <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không b Thuốc giảm lượng đường trong máu hoặc tiêm thuốc insulin <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không c Thuốc giảm mỡ trong máu và chất béo trung tính <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

Tiền sử bệnh

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					
Cao huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Tiểu đường	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Rối loạn lipid máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Bệnh não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Bệnh tim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Bệnh thận	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Thiếu máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Gout/Tăng axit uric máu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Viêm gan B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Viêm gan C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Rối loạn chức năng gan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Bệnh tuyến tiền liệt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Bệnh tuyến giáp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Khác ①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
[
Khác ②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
[
Khác ③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
[

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																
<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. Sung phù mắt/tay chân</td> <td><input type="checkbox"/> 9. Tê tay chân</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. Khô miệng</td> <td><input type="checkbox"/> 10. Nói líu lưỡi</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. Tiểu ra máu</td> <td><input type="checkbox"/> 11. Nhức đầu</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. Đi tiểu khó</td> <td><input type="checkbox"/> 12. Chóng mặt, mắt thẳng bằng</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. Thường xuyên đi tiểu</td> <td><input type="checkbox"/> 13. Đau/tức ngực</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6. Cơ thể mệt mỏi, uể oải</td> <td><input type="checkbox"/> 14. Bồn chồn/khó thở</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 7. Sụt cân đột ngột</td> <td><input type="checkbox"/> 15. Mạch loạn</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 8. Biểu hiện khác</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1. Sung 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	
<input type="checkbox"/> 1. Sung 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 Không Rối loạn chức năng thận Có Không



Dấu hiệu lấy máu

Đạm - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

Đường - ++ + 2+ 3+ 4+ 5+

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Đục thủy tinh thể (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Tăng nhãn áp (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Khác (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Tên bệnh ()					
Khác (Trái Phải Cả hai mắt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="88"/>
Tên bệnh ()					