

住民体检(特定检查)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 现在服用 a、b、c 的药物吗？	
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
※ 2 医生有说你得了中风（脑出血、脑梗塞等）并且接受治疗了吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
3 医生有说你患有心脏病（心绞痛、心肌梗塞等）并且接受治疗了吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
4 医生有说你患有慢性肾脏病和肾功能衰竭并且接受治疗（人工透析等）了吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
5 医生有说过你贫血吗？（怀孕期间除外）	<input type="checkbox"/> 有 () 年前 <input type="checkbox"/> 没有
※ 6 你现在习惯性地吸烟吗？ （“现在习惯性地吸烟的人”是指，“合计抽100支以上或6个月以上的人”，最近1个月也在抽烟的人）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是
7 你比20岁时的体重增加有10公斤以上吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
8 每周两次以上，每次30分以上的稍微出汗的运动，已持续有1年以上了吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
9 在日常生活中，每天有在进行1小时以上的步行或同等的运动吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
10 与年龄同性人相比，步行速度快吗？	<input type="checkbox"/> 快 <input type="checkbox"/> 不快
11 嚼着吃的时候的状态以下的项目中哪个最适合？	<input type="checkbox"/> 吃什么都能嚼着吃 <input type="checkbox"/> 牙齿、牙龈、咬合等处有介意的部位，有时会很难嚼 <input type="checkbox"/> 几乎不能嚼
12 睡前两小时内吃晚饭一周有三次以上吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
13 你除了早中晚三餐以外还吃零食和甜饮料吗？	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 几乎不吃
14 一周有三次以上不吃早饭吗？	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有
15 你睡眠中能得到足够的休息吗？	<input type="checkbox"/> 能 <input type="checkbox"/> 不能
16 和他人相比你的吃饭速度？	<input type="checkbox"/> 快 <input type="checkbox"/> 差不多 <input type="checkbox"/> 慢
※ 17 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）
18 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
19 你想试着改善运动和饮食生活等生活习惯吗？	<input type="checkbox"/> 没有打算 <input type="checkbox"/> 有打算（大概6个月以内） <input type="checkbox"/> 打算1个月以内改善，已经慢慢开始 <input type="checkbox"/> 已开始改善（不满6个月） <input type="checkbox"/> 已开始改善（6个月以上）
20 关于生活习惯的改善，如果有接受保健指导的机会的话会利用吗？	<input type="checkbox"/> 会 <input type="checkbox"/> 不会

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"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
脂质异常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
脑的疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
心脏病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
肾脏的疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
贫血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
痛风、高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
乙肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
丙肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
肝功能障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
前列腺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
甲状腺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
其他①	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
[]						
其他②	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
[]						
其他③	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="8"/> <input type="text" value="8"/>	
[]						
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）

管理号码

ID input box

検査項目① (工作人员填写栏)

尿検査(M) 有 腎機能障害 有



抽血签字

蛋白 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+

糖 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+

潜血 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+

体重 888 . 8 kg

身高 888 . 8 cm

腹围 888 . 8 cm

血压 第一次 888 / 888 ・今天有无内服降压药 (有・无)

第二次 888 / 888

血液 饭后 88 . 8 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) 888 . 88 ・翼状针希望 (有・无)

工作人员评论

検査項目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. 888 没有

既往病史② (眼的疾)

有既往病史的人, 请在该项目上划竖线。

没有

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

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 888

眼底 医生指示

右No

左No