



				TEL 检查项目	※请填写紧急情况时可以取得联系的电话号码。								ID									
生年 月日	年龄	性别	健诊 种类		个人 号码	团体	受理 号码															
检查 日	会 场		保险者 号码	记号		号码	检查券 号码															

\* 问诊事项请事先用铅笔填写后，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?

- 很好  还可以  
 一般  不太好  
 不好

②你对每天的生活满足吗?

- 满足  稍微满足  不太满足  不满

③你一天三餐吃得好吗?

- 好  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

- 是  不是

⑤喝茶和汤时会呛到吗?

- 是  不是

⑥6个月内体重减轻了2~3公斤以上吗?

- 是  不是

⑦你觉得走路的速度比以前慢了吗?

- 是  不是

⑧你这一年跌倒过吗?

- 是  是

⑨你每周做一次以上的步行等运动吗?

- 是  不是

⑩被周围的人说有“总是听同样的事情”等健忘症吗?

- 是  不是

⑪你有不知道今天是几月几号的时候吗?

- 有  没有

\*

⑫你抽烟吗?

- 抽  不抽  戒了

⑬你一周外出一次以上吗?

- 是  不是

⑭你平时有和家人和朋友交往吗?

- 是  不是

⑮身体不好的时候，身边有可以商量的人吗?

- 有  没有

⑯你睡眠中能得到足够的休息吗?

- 能  不能

⑰你几乎每天都会笑吗?

- 会  不会

\*

⑱你通常多久喝一次酒（日本酒、烧酒、啤酒、洋酒等）?

- 每天  偶尔  几乎不喝（不能喝）

⑲如果你喝酒的话，饮酒日平均每天喝多少?

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）

- 不满一合  一至两合  两至三合  三合以上

\*

⑳现在服用a至c的药吗?

- a 降压药  
b 血糖降低药或胰岛素注射  
c 降低胆固醇和中性脂肪的药

- 是  不是  
 是  不是  
 是  不是

## 既往病史①

有既往病史的人，请在该当项目上划竖线。| |

	没有	治疗中	治愈	放任	手术	年龄
高血压病	<input type="checkbox"/>	88				
糖尿病	<input type="checkbox"/>	88				
脂质异常症	<input type="checkbox"/>	88				
脑的疾病	<input type="checkbox"/>	88				
心脏病	<input type="checkbox"/>	88				
肾脏的疾病	<input type="checkbox"/>	88				
贫血	<input type="checkbox"/>	88				
痛风、高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	88				
乙肝	<input type="checkbox"/>	88				
丙肝	<input type="checkbox"/>	88				
肝功能障碍	<input type="checkbox"/>	88				
前列腺疾病	<input type="checkbox"/>	88				
甲状腺疾病	<input type="checkbox"/>	88				
其他①	<input type="checkbox"/>	88				
[ ]	<input type="checkbox"/>					
其他②	<input type="checkbox"/>	88				
[ ]	<input type="checkbox"/>					
其他③	<input type="checkbox"/>	88				
[ ]	<input type="checkbox"/>					

000000

## 自觉症状

有自觉症状的人，请在最近1个月以内该当项目上划竖线。| |

0.没有症状	
1.脸和手脚的浮肿	<input type="checkbox"/>
2.口渴	<input type="checkbox"/>
3.尿血尿	<input type="checkbox"/>
4.不容易出尿	<input type="checkbox"/>
5.尿频	<input type="checkbox"/>
6.乏力	<input type="checkbox"/>
7.突然瘦了	<input type="checkbox"/>
8.其他	<input type="checkbox"/>
[ ]	

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	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> +-	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+	<input type="checkbox"/> 4+	<input type="checkbox"/> 5+	
糖	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> +-	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+	<input type="checkbox"/> 4+	<input type="checkbox"/> 5+	
潜血	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> +-	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> 2+	<input type="checkbox"/> 3+	<input type="checkbox"/> 4+	<input type="checkbox"/> 5+	
体重	8	8	8	.	8	kg		
身高	8	8	8	.	8	cm		
腹围	8	8	8	.	8	cm		
血压	第一次	8	8	8	/	8	8	今天有无内服降压药 ( 有 · 无 )
	第二次	8	8	8	/	8	8	
血液	饭后	8	8	.	8	小时	· 饮食时间 点	
		<input type="checkbox"/>	肝炎		<input type="checkbox"/>	胃蛋白酶原		
		<input type="checkbox"/>	PSA		<input type="checkbox"/>	风疹		
		<input type="checkbox"/>	准定盐分摄取量					
						· 抗凝固剂 内服	( 有 · 无 )	
骨密度(超音波)	僵硬	与年轻人比较%				· 有过凝集凝固	( 有 · 无 )	
	8	8	8	.	8	8	· 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 2. 心杂音 3. 呼吸音异常 4. 贫血 5. 浮肿 6. 感觉障碍 7. 甲状腺肿大	<input type="checkbox"/>
医生No.	888	<input type="checkbox"/> 没有

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。

 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"/>	88
绿内障 ( 左 右 双眼 )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
其他① ( 左 右 双眼 ) 病名 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
其他② ( 左 右 双眼 ) 病名 ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88

贫血检查  医生指示 有既往病史 (限5年以内治癒、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. \_\_\_\_\_