



| | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|--------|--------|----------|----------|-----------------------|-----------|----|----|-----------|-----------|-----------|----|----|----|----------|
| | | | | TEL | ※请填写紧急情况时可以取得联系的电话号码。 | | | | | | | | | | 受理 号码 |
| | | | | | ID | ID | ID | ID | ID | ID | ID | ID | ID | ID | |
| 生年 月日 | 年 龄 | 性 別 | 健诊 种类 | 个人 号码 | 团体 | 保险者 号码 | 记号 | 号码 | 检查券 号码 | 检查券 号码 | 检查券 号码 | | | | |
| 检查 日 | 会 场 | | | | | | | | | | | | | | |

* 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 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?

- 有 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?

- 有 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?

- 有 没有

5 医生有说过你贫血吗?(怀孕期间除外)

- 有 () 年前 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, 符合①②的人。
①最近1个月在抽烟。②至今抽了6个月以上或100根以上。)

- 是(符合①) 以前抽过。但最近1个月没有抽。(只符合 不是(①②以外))

7 你比20岁时的体重增加有10公斤以上吗?

- 有 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?

- 有 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?

- 有 没有

10 与年龄同性人相比, 步行速度快吗?

- 快 不快

11 嚼着吃的时候的状态以下的项目中哪个最适合?

- 吃什么都能嚼着吃 牙齿、牙龈、咬合等处有介意的部位, 有时会很难嚼 几乎不能嚼

12 睡前两小时内吃晚饭一周有三次以上吗?

- 有 没有

13 你除了早中晚三餐以外还吃零食和甜饮料吗?

- 每天 偶尔 几乎不吃

14 一周有三次以上不吃早饭吗?

- 有 没有

15 你睡眠中能得到足够的休息吗?

- 能 不能

16 和他人相比你的吃饭速度?

- 快 差不多 慢

17 你通常多久喝一次酒(日本酒、烧酒、啤酒、洋酒等)?

※“已戒酒”是指, 以前每月一次以上饮酒习惯的人, 最近1年以上没有喝酒者。

- 每天 每周5、6天 每周3、4天 每周1、2天 每月1至3天 每月不到1天 已戒酒 不喝(不能喝)

18 如果你喝酒的话, 饮酒日平均每天喝多少?

日本酒一合(15度180ml)的标准: 啤酒(5度500ml) 烧酒(25度110ml) 威士忌(43度60ml) 葡萄酒(14度180ml) 罐装鸡尾酒(5度500ml、7度350ml)

- 不满一合 一至两合 两至三合 三至五合 五合以上

19 你想试着改善运动和饮食生活等生活习惯吗?

- 没有打算 有打算(大概6个月以内)
 打算1个月以内改善, 已经慢慢开始 已开始改善(不满6个月) 已开始改善(6个月以上)

20 关于生活习惯的改善, 以前有没有接受过保健指导?

- 有 没有

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"/> | <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 |
| [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 其他② | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 88 |
| [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 其他③ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 88 |
| [] | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

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"/> 9.手脚麻木 |
| 2.口渴 | <input type="checkbox"/> 10.舌头转不过来弯 |
| 3.尿血尿 | <input type="checkbox"/> 11.头疼 |
| 4.不容易出尿 | <input type="checkbox"/> 12.头晕 |
| 5.尿频 | <input type="checkbox"/> 13.胸痛 |
| 6.乏力 | <input type="checkbox"/> 14.心悸、气短 |
| 7.突然瘦了 | <input type="checkbox"/> 15.心律失常 |
| 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 | <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 | 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 |
| | <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"/> 推定盐分摄取量 |
| | ·抗凝固剂 内服 (有 · 无) |
| 僵硬 | 与年轻人比较% · 有过凝集凝固 (有 · 无) |
| 骨密度(超音波) | 888.8 · 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

| | | |
|----------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

1. 既往病史 888 | 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) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 88 |
| 病名 () | | | | | |
| 其他② (左 右 双眼) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 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