

Bảng câu hỏi khám sức khỏe Genki Sukoyaka/元気すこやか健診受診票
(Khám sức khỏe cơ bản/基本健診)

※Xin vui lòng điền vào các mục trong khung in đậm.

Ngày khám	Địa chỉ	Higashihiroshima-shi		TEL	— —
Tên cơ quan y tế	Hiragana		Số tuổi cuối niên độ	Nam · Nữ	Taisho · Showa · Heisei
	Họ tên				

1. Xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây. Vui lòng đánh dấu ○ vào mục tương ứng.

1	Hiện tại, bạn có đang uống thuốc hạ huyết áp không?	① Có	② Không		
2	Hiện tại, bạn có đang uống thuốc hạ đường huyết hoặc tiêm Insulin không?	① Có	② Không		
3	Hiện tại, bạn có đang uống thuốc hạ Cholesterol và chất béo trung tính không?	① Có	② Không		
4	Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tai biến mạch máu não (xuất huyết não, nhồi máu não, v.v...) và đã được điều trị hay không?	① Có	② Không		
5	Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tim (hẹp van tim, nhồi máu cơ tim, v.v...) và đã được điều trị hay không?	① Có	② Không		
6	Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh thận mạn tính hay suy thận và có đang điều trị (chạy thận nhân tạo) hay không?	① Có	② Không		
7	Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán bị thiếu máu bao giờ chưa?	① Có	② Không		
8	Hiện tại, bạn có thói quen hút thuốc không? ※Là người [hút tổng cộng trên 100 điếu, hoặc hút trên 6 tháng], và hiện vẫn còn đang hút trong vòng 1 tháng gần nhất	① Có	② Không		
		① Có	② Không		
9	So với năm 20 tuổi, cân nặng hiện tại có tăng trên 10kg hay không?	① Có	② Không		
10	Bạn có duy trì hơn 1 năm liên tục vận động nhẹ để ra mồ hôi từ 2 ngày trở lên trong tuần và mỗi lần kéo dài hơn 30 phút hay không?	① Có	② Không		
11	Trong cuộc sống hằng ngày, bạn có đi bộ hay vận động cơ thể với mức độ tương đương khoảng trên 1 tiếng 1 ngày không?	① Có	② Không		
12	So với những người cùng độ tuổi và cùng giới tính, bạn đi bộ có nhanh hơn không?	① Có	② Không		
13	Khi cắn nhai thức ăn bạn thuộc vào trạng thái nào sau đây? ①Có thể cắn và nhai tất cả các loại thức ăn ②Khó cắn nhai thức ăn vì có những chỗ răng cắn không khớp ③Hầu như không thể cắn nhai được				
	14	So với mọi người tốc độ ăn của bạn có nhanh hơn không?	①Nhanh	②Bình thường	③Chậm
	15	Bạn có hay dùng bữa tối trong vòng 2 tiếng trước khi đi ngủ và từ 3 lần trở trên trong một tuần hay không?	① Có	② Không	
16	Ngoài 3 bữa chính sáng trưa tối, bạn có thường ăn hay uống đồ ngọt không?	① Hằng ngày	② Thỉnh thoảng	③ Hầu như không	
17	Bạn có bỏ bữa sáng từ 3 lần trở lên trong một tuần hay không?	① Có	② Không		
18	Tần suất uống rượu (rượu Nhật, rượu Sochu, bia, rượu tây, v.v...) của bạn thể nào?	① Hằng ngày	② Thỉnh thoảng	③ Hầu như không uống (không thể uống)	
		Lượng rượu 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 2 ly (240ml) rượu vang 1 ly (60ml) rượu Whisky double]			
19		① Chưa đến 1 ly	② Từ 1 ly ~ chưa đầy 2 ly	③ Từ 2 ly ~ chưa đầy 3 ly	④ Từ 3 ly trở lên
20	Bạn có ngủ đủ giấc hay không?	① Có	② Không		

2. Hiện tại, nếu có triệu chứng nào mà bạn lo lắng xin hãy viết vào đây.