

住民体检(基本检查)问诊票 住民健診(基本健診)受診票



				T E L	※请填写紧急情况时可以取得联系的电话号码。								I D								
				检 查 项 目										受理 号 码							
生年 月日	年 龄	性 別		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 是 不是
 b 血糖降低药或胰岛素注射 是 不是
 c 降低胆固醇和中性脂肪的药 是 不是
- 2 你曾被医生告知患有中风(脑出血、脑梗塞等)并且接受治疗了吗?
 有 没有
- 3 你曾被医生告知患有心脏病(心绞痛、心肌梗塞等)并且接受治疗了吗?
 有 没有
- 4 你曾被医生告知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 你曾被医生告知患有贫血吗?(怀孕期间除外)
 有 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。
 是 不是
- 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如何?
 快 差不多 慢
- ※ 17 多長時間喝一次酒(日本酒、焼酒、啤酒、洋酒等)?
 每天 偶尔 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)
 不满一合 一至两合 两至三合 三合以上
- 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，如果有接受保健指导的机会的话利用吗?
 利用 不利用

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

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 9. 手脚麻木
 2. 口渴 10. 舌头转不过来弯
 3. 尿血尿 11. 头疼
 4. 不容易出尿 12. 头晕
 5. 尿频 13. 胸痛
 6. 乏力 14. 心悸、气短
 7. 突然瘦了 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

基

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	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	.	<input type="checkbox"/> 8	k g	
身高	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	.	<input type="checkbox"/> 8	c m	
腹围	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	.	<input type="checkbox"/> 8	c m	
血压	第一次	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	/	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
	第二次	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	/	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
血液	饭后	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	.	<input type="checkbox"/> 8	小时	-饮食时间
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肝炎		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胃蛋白酶原	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> PSA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 风疹	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 准定盐分摄取量				
						<input type="checkbox"/> 抗凝固剂 内服	(有 · 无)
骨密度(超音波)	僵硬	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	.	<input type="checkbox"/> 8	与年轻人比较%	-有过凝集凝固 (有 · 无)
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	.	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 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 | <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"/> 88				
绿内障 (左 右 双眼)	<input type="checkbox"/> 88				
其他① (左 右 双眼) 病名 ()	<input type="checkbox"/> 88				
其他② (左 右 双眼) 病名 ()	<input type="checkbox"/> 88				

贫血检查 医生指示 有既往病史
 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