



				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)

- 未满一合  一至两合未满  两至三合未满  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"/>	□ □				
糖尿病	<input type="checkbox"/>	□ □				
脂质异常症	<input type="checkbox"/>	□ □				
脑的疾病	<input type="checkbox"/>	□ □				
心脏病	<input type="checkbox"/>	□ □				
肾脏的疾病	<input type="checkbox"/>	□ □				
贫血	<input type="checkbox"/>	□ □				
痛风、高尿酸血症	<input type="checkbox"/>	□ □				
乙肝	<input type="checkbox"/>	□ □				
丙肝	<input type="checkbox"/>	□ □				
肝功能障碍	<input type="checkbox"/>	□ □				
前列腺疾病	<input type="checkbox"/>	□ □				
甲状腺疾病	<input type="checkbox"/>	□ □				
其他①	<input type="checkbox"/>	□ □				
[ ]	<input type="checkbox"/>					
其他②	<input type="checkbox"/>	□ □				
[ ]	<input type="checkbox"/>					
其他③	<input type="checkbox"/>	□ □				
[ ]	<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  有蛋白  -  +-  +  2+  3+  4+  5+糖  -  +-  +  2+  3+  4+  5+潜血  -  +-  +  2+  3+  4+  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  8 · 今天有无内服降压药 ( 有 · 无 )第二次  8  8  8 /  8  8  8血液 饭后  8  8 .  8 小时 · 饮食时间 点 肝炎  胃蛋白酶原 PSA  风疹 钠定盐分摄取量

· 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)  8  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 医生No.  8  8  8  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 治癒 放任 手术 年龄

白内障 ( 左 右 双眼 )      8 8绿内障 ( 左 右 双眼 )      8 8其他① ( 左 右 双眼 )      8 8

病名 ( )

其他② ( 左 右 双眼 )      8 8

病名 ( )

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  8  8  8眼底  医生指示

右No

左No