



TEL				※请填写紧急情况时可以取得联系的电话号码。							
				ID	受理号码						
生年 月日	年龄	性别	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?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是
	2 您是否曾被医生告知患有中风(脑出血、脑梗塞等)或接受过相关治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
	3 您是否曾被医生告知患有心脏病(心绞痛、心肌梗塞等)或接受过相关治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
	4 您是否曾被医生告知患有慢性肾脏病和肾功能衰竭或接受过相关治疗(人工透析等)?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否										
	5 您是否曾被医生告知患有贫血吗?(怀孕期间除外)	<input type="checkbox"/> 有 ()年前 <input type="checkbox"/> 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。)										
		<input type="checkbox"/> 是(符合①) <input type="checkbox"/> 以前抽过。但最近1个月没有抽。(只符合②以外)										
	7 你比20岁时的体重增加有10公斤以上吗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有										
	10 与年龄同性人相比, 步行速度快吗?	<input type="checkbox"/> 快 <input type="checkbox"/> 不快										
	11 嚼着吃的时候的状态以下的项目中哪个最适合?	<input type="checkbox"/> 吃什么都能嚼着吃 <input type="checkbox"/> 牙齿、牙龈、咬合等处有介意的部位, 有时会很难嚼 <input type="checkbox"/> 几乎不能嚼										
	12 睡前两小时内吃晚饭一周有三次以上吗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有										
	13 你除了早中晚三餐以外还吃零食和甜饮料吗?	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 几乎不吃										
	14 一周有三次以上不吃早饭吗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有										
	15 你睡眠中能得到足够的休息吗?	<input type="checkbox"/> 能 <input type="checkbox"/> 不能										
	16 和他人相比你的吃饭速度如何?	<input type="checkbox"/> 快 <input type="checkbox"/> 差不多 <input type="checkbox"/> 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。											
	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 每周5、6天 <input type="checkbox"/> 每周3、4天 <input type="checkbox"/> 每周1、2天 <input type="checkbox"/> 每月1至3天 <input type="checkbox"/> 每月不到1天 <input type="checkbox"/> 已戒酒 <input type="checkbox"/> 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)											
	<input type="checkbox"/> 不满一合 <input type="checkbox"/> 一至两合 <input type="checkbox"/> 两至三合 <input type="checkbox"/> 三至五合 <input type="checkbox"/> 五合以上											
19 你想试着改善运动和饮食生活等生活习惯吗?	<input type="checkbox"/> 没有打算 <input type="checkbox"/> 有打算(大概6个月以内)											
	<input type="checkbox"/> 打算1个月以内改善, 已经慢慢开始 <input type="checkbox"/> 已开始改善(不满6个月) <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 | | | | | 8 | 8

糖尿病 | | | | | 8 | 8

脂质异常症 | | | | | 8 | 8

脑的疾病 | | | | | 8 | 8

心脏病 | | | | | 8 | 8

肾脏的疾病 | | | | | 8 | 8

贫血 | | | | | 8 | 8

痛风、高尿酸血症 | | | | | 8 | 8

乙肝 | | | | | 8 | 8

丙肝 | | | | | 8 | 8

肝功能障碍 | | | | | 8 | 8

前列腺疾病 | | | | | 8 | 8

甲状腺疾病 | | | | | 8 | 8

其他① | | | | | 8 | 8

[] | | | | | 8 | 8

其他② | | | | | 8 | 8

[] | | | | | 8 | 8

其他③ | | | | | 8 | 8

[] | | | | | 8 | 8

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 有蛋白 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+糖 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+潜血 - +- + 2+ 3+ 4+ 5+体重 8 8 8 . 8 k g身高 8 8 8 . 8 c m腹围 8 8 8 . 8 c m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 肝炎 胃蛋白酶原 PSA 风疹 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) 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)

内科诊察	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"/>

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 治愈 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