

〒				T E L		※Chúng tôi có thể sẽ liên hệ với bạn trong trường hợp khẩn cấp, vì vậy, xin vui lòng cung cấp số điện thoại để liên lạc.				I D							
※Số tuổi tại thời điểm cuối niên độ năm nay				Nội dung kiểm tra						Mã số tiếp nhận							
Ngày tháng năm sinh			Độ tuổi			Giới tính			Loại khám			Mã số cá nhân			Đoàn thể		
Ngày khám			Địa điểm			Mã số bảo hiểm			Mã hiệu			Số			Số thẻ khám bệnh		

* Xin vui lòng **điền trước bảng câu hỏi bằng bút chì** và mang theo vào ngày hôm đó. Ngoài ra, sau khi kiểm tra sức khỏe nhất định phải nộp lại cho nhân viên phụ trách.
* Vì sẽ xử lý bằng máy, vì thế xin vui lòng không để bảng câu hỏi bị dơ bẩn hoặc bị uốn cong, gấp nếp.
* Xin vui lòng mang theo thẻ bảo hiểm sức khỏe và thẻ khám bệnh.

Bảng câu		Vui lòng gạch vào mục tương ứng trả lời các câu hỏi sau đây.	
①Tình trạng sức khỏe hiện tại của bạn như thế nào?			
		☐ Rất tốt	☐ Tốt
		☐ Bình	☐ Không tốt cho lắm
		☐ Tệ	
②Bạn có hài lòng với cuộc sống hằng ngày không?			
		☐ Hài lòng	☐ Hơi hài lòng
		☐ Hơi bất mãn	☐ Bất mãn
③Bạn có ăn đầy đủ 3 bữa một ngày không?			
		☐ Có	☐ Không
④Việc ăn nhai thức ăn cứng (*) có trở nên khó khăn hơn so với nửa năm trước không? (* Ví dụ mực, củ cải muối, v.v....)			
		☐ Có	☐ Không
⑤Bạn có hay bị sặc đồ ăn thức uống như trà hoặc súp, v.v....không?			
		☐ Có	☐ Không
⑥Bạn có sụt cân từ 2～3kg trở lên trong vòng 6 tháng không?			
		☐ Có	☐ Không
⑦Bạn có cảm thấy mình đang đi tốc độ chậm hơn so với trước đây không?			
		☐ Có	☐ Không
⑧Bạn đã từng bị ngã trong năm qua chưa?			
		☐ Có	☐ Không
⑨Bạn có tập thể dục như đi bộ, v.v...ít nhất 1 lần một tuần không?			
		☐ Có	☐ Không
⑩Bạn đã từng bị người khác nói rằng bạn hay quên (chẳng hạn như "điều này đã kể/nói nhiều lần rồi" hay chưa?			
		☐ Có	☐ Không
⑪Có khi nào bạn không biết hôm nay là ngày mấy tháng mấy không?			
		☐ Có	☐ Không
⑫Bạn có đang hút thuốc không?			
		☐ Đang hút	☐ Không hút
		☐ Đã bỏ thuốc	
⑬Bạn có thường xuyên đi ra ngoài không? (ít nhất 1 lần trong tuần)			
		☐ Có	☐ Không
⑭Bạn có thường gặp gỡ, giao lưu với gia đình và bạn bè hay không?			
		☐ Có	☐ Không
⑮Bạn có ai thân thiết, gần gũi để chuyện trò, nói chuyện khi đau ốm hay không?			
		☐ Có	☐ Không
⑯Bạn có ngủ đủ giấc hay không?			
		☐ Có	☐ Không
⑰Bạn có cười hâu như mỗi ngày hay không?			
		☐ Có	☐ Không
⑱Tần suất uống rượu (rượu Nhật, rượu Sochu, bia, rượu tây, v.v...) của bạn thế nào?			
		☐ Mỗi ngày	☐ Thỉnh thoảng
		☐ Hầu như không uống (không thể uống)	
⑲Với người có uống rượu, lượng uống tương ứng trong một ngày khoảng bao nhiêu?			
1 合go (180ml) rượu Nhật tương ứng: 1 chai bia (khoảng 500ml), (110ml) rượu Sochu 25 độ, 1 ly (60ml) rượu Whisky double, 2 ly (240ml) rượu vang			
		☐ Chưa đến 1 go	☐ Từ 1 go ~ chưa đầy 2 go
		☐ Từ 2 go ~ chưa đầy 3 go	☐ Từ 3 go trở lên
⑳Hiện tại, bạn có uống những loại thuốc nào từ a đến c không?			
a Thuốc hạ huyết áp		☐ Có	☐ Không
b Thuốc giảm lượng đường trong máu hoặc tiêm thuốc insulin		☐ Có	☐ Không
c Thuốc giảm mỡ trong máu và chất béo trung tính		☐ Có	☐ Không

Tiền sử bệnh①		Trường hợp có tiền sử bệnh, vui lòng gạch vào ô tương ứng.				
☐	Không có gì đặc biệt	Đang điều trị	Điều trị dứt điểm	Bỏ lơ	Phẫu thuật	Độ tuổi
	Cao huyết áp	☐	☐	☐	☐	8 8
	Tiểu đường	☐	☐	☐	☐	8 8
	Rối loạn lipid máu	☐	☐	☐	☐	8 8
	Bệnh não	☐	☐	☐	☐	8 8
	Bệnh tim	☐	☐	☐	☐	8 8
	Bệnh thận	☐	☐	☐	☐	8 8
	Thiếu máu	☐	☐	☐	☐	8 8
	Gout/Tăng axit uric máu	☐	☐	☐	☐	8 8
	Viêm gan B	☐	☐	☐	☐	8 8
	Viêm gan C	☐	☐	☐	☐	8 8
	Rối loạn chức năng gan	☐	☐	☐	☐	8 8
	Bệnh tuyến tiền liệt	☐	☐	☐	☐	8 8
	Bệnh tuyến giáp	☐	☐	☐	☐	8 8
	Khác ①	☐	☐	☐	☐	8 8
	[					
	Khác ②	☐	☐	☐	☐	8 8
	[					
	Khác ③	☐	☐	☐	☐	8 8
	[					
		000000				
Triệu chứng cơ năng		Nếu có những biểu hiện lâm sàng, hãy gạch vào ô tương ứng với biểu hiện trong 1 tháng gần đây.				
☐	0.Không có gì đặc biệt					
☐	1.Sưng phù mắt/tay chân	☐	9.Tê tay chân			
☐	2.Khô miệng	☐	10.Nói lú lờ			
☐	3.Tiểu ra máu	☐	11.Nhức đầu			
☐	4.Đi tiểu khó	☐	12.Chóng mặt, mắt thẳng bằng			
☐	5.Thường xuyên đi tiểu	☐	13.Đau/tức ngực			
☐	6.Cơ thể mệt mỏi, uể oải	☐	14.Bồn chồn/khó thở			
☐	7.Sụt cân đột ngột	☐	15.Mạch loạn			
☐	8.Biểu hiện khác					
	[					

Tiếp tục về tiền sử bệnh ② (bệnh về mắt) ở mặt sau

Mục kiểm tra ① (ô nhân viên phụ trách điền)

Kiểm tra nước tiểu (M)

Có

Rối loạn chức năng thận

Có

後

Dấu hiệu lấy máu

Đạm

-

+

2+

3+

4+

5+

Đường

-

+

2+

3+

4+

5+

Máu ẩn

-

+

2+

3+

4+

5+

(trong phân hoặc nước tiểu)

Cân nặng

.

kg

Chiều cao

.

cm

Vòng bụng

.

cm

Huyết áp Lần 1

/

• Hôm nay có uống thuốc huyết áp không

(

Có

•

Không

)

Lần 2

/

Máu

Sau ăn

.

tiếng

• Thời gian ăn uống gần nhất

giờ

Viêm gan

Đường huyết lúc bụng rỗng

Pepsinogen

PSA

Rubella

(kháng nguyên đặc hiệu tuyến tiền

Lượng muối tiêu thụ ước

lượng

Tỷ lệ so sánh với nhóm tuổi trẻ (%)

• Sử dụng thuốc chống đông máu

(

Có

•

Không

)

độ cứng

• Tiền sử ngưng kết đông máu

(

Có

•

Không

)

Mật độ xương (siêu âm)

/

• Nguyên vọng dùng kim truyền tĩnh mạch

(

Có

•

Không

)

Nhận xét của nhân viên phụ trách

Tiền sử bệnh ② (Bệnh về mắt)

Trường hợp có tiền sử bệnh, vui lòng gạch vào ô tương ứng.

Không có gì đặc biệt

Đang điều trị

Điều trị dứt điểm

Bỏ lơ

Phẫu thuật

Độ tuổi

Đục thủy tinh thể (Trái Phải Cả hai mắt)

Tăng nhãn áp (Trái Phải Cả hai mắt)

Khác① (Trái Phải Cả hai mắt)

Tên bệnh

(

)

Khác② (Trái Phải Cả hai mắt)

Tên bệnh

(

)

Mục kiểm tra ② (ô nhân viên phụ trách điền)

Khám nội khoa

1. Loạn nhịp tim

2. Tiếng thổi ở tim

3. Âm thanh hơi thở bất thường

4. Thiếu máu

5. Phù nề

6. Rối loạn giác quan

7. Phì đại tuyến giáp

Mã Bác sĩ

Không có gì đặc biệt

Xét nghiệm thiếu máu

Chỉ định của bác sĩ

Có tiền sử bệnh

Có nghi ngờ bằng kiểm tra trực quan

Có tiền sử bệnh và cả kiểm tra trực quan

Creatinin

Chỉ định của bác sĩ

Điện tâm đồ

Chỉ định của bác sĩ

HR

Quan sát đáy mắt

Chỉ định của bác sĩ

Phải No.

Trái No.

Tập đoàn y tế YAMANA-KAI
Bệnh viện Kinen Higashihiroshima - Trung tâm kiểm tra sức khỏe ung thư và các bệnh liên quan đến lối sống sinh hoạt Higashihiroshima
〒739-0002 Hiroshima-ken, Higashihiroshima-shi, Saijo-cho Yoshiyuki 2214 Tel 082-423-6662