

〒				TEL		※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											
				Nội dun g kiê m															
※Số tuổi tại thời điểm cuối niên độ năm nay																			
Ngày tháng năm sinh				Độ tuổi				Mã số cá nhân				Đoàn thể							
Ngày khám				Loại khám				Mã số bảo hiểm				Mã hiệu				Số thẻ khám bệnh			

* Xin vui lòng **điền trước bằng 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 bằng 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.

※

1 Hiện 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

2 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 được nhận điều trị hay không?
Có Không

3 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tim (chứng đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, v.v...) và được nhận điều trị hay không?
Có Không

4 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh thận mạn tính hay suy thận và được nhận điều trị (chạy thận nhân tạo, v.v...) hay không?
Có Không

5 Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán bị thiếu máu bao giờ chưa? (ngoại trừ đang mang thai)
Có () năm trước Không

※

6 Hiện tại bạn có thói quen hút thuốc không? (※ Là người thỏa mãn cả hai điều kiện Điều kiện 1: Có hút thuốc trong vòng 1 tháng gần đây. Điều kiện 2: đã hút thuốc tổng cộng từ 6 tháng trở lên, hoặc đã hút tổng cộng từ 100 điếu trở lên) Không (Không Có (Thỏa mãn cả Trước đây có hút nhưng trong 1 tháng gần thuộc điều kiện 1 và 2) đây thì không hút (Chỉ thỏa điều kiện 2) và 2)

7 So với năm 20 tuổi, cân nặng hiện tại có tăng trên 10kg hay không?
Có Không

8 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?
Có Không

9 Trong cuộc sống hằng ngày, bạn có đi bộ hay vận động cơ thể tương đương khoảng trên 1 tiếng 1 ngày không?
Có Không

10 So với những người bạn cùng độ tuổi và cùng giới tính bạn đi bộ có nhanh hơn không?
Có Không

11 Khi cắn nhai thức ăn bạn thuộc vào trạng thái nào?
Có thể cắn và nhai tất Khó cắn nhai thức ăn vì có những chỗ răng cắn Hầu như không thể cả các loại thức ăn không khớp cắn nhai được

12 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?
Có Không

13 Ngoài 3 bữa chính sáng trưa tối, bạn có thường ăn hay uống đồ ngọt không?
Hàng ngày Thỉnh thoảng Hầu như không

14 Bạn có bỏ bữa sáng từ 3 lần trở lên trong một tuần hay không?
Có Không

15 Bạn có ngủ đủ giấc hay không?
Có Không

16 So với mọi người tốc độ ăn của bạn như thế nào?
Nhanh Bình thường Chậm

17 Tần suất uống rượu (rượu Nhật, rượu Sochu, bia, rượu tây, v.v...) của bạn thế nào? (※ “Đã bỏ uống” nghĩa là trước đây có thói quen uống rượu từ 1 lần/tháng trở lên, nhưng trong hơn 1 năm gần đây không uống bất kỳ loại rượu nào.)
Mỗi ngày 5~6 ngày/tuần 3~4 ngày/tuần 1~2 ngày/tuần
1~3 ngày/tháng Ít hơn 1 ngày/tháng Đã bỏ uống Không uống (không thể uống)

18 Với người có uống rượu, lượng uống tương ứng trong một ngày khoảng bao nhiêu?
1 go 合 là đơn vị đo lượng rượu Nhật (nồng độ cồn 15%, 180 ml) tương đương: Bia (5% cồn • 500 ml), Rượu sochu (25% cồn • khoảng 110 ml), Rượu vang (14% cồn • khoảng 180 ml) Whisky (43% cồn • 60 ml), Chuhai dạng lon (5% cồn • khoảng 500 ml, 7% cồn • khoảng 350 ml)
Dưới 1 go Từ 1 ~ dưới 2 go Từ 2 ~ dưới 3 go Từ 3 ~ dưới 5 go Từ 5 go trở lên

19 Bạn có ý định cải thiện thói quen cuộc sống như vận động, ăn uống, v.v...không?
Không có ý định cải thiện Có ý định cải thiện (trong khoảng 6 tháng)
Có ý định cải thiện trong thời gian gần (khoảng 1 tháng) và bắt đầu từ từ Đang nỗ lực cải thiện (chưa được 6 tháng) Đang nỗ lực cải thiện (trên 6 tháng)

20 Cho đến nay, bạn đã từng được hướng dẫn chăm sóc sức khỏe đặc định về việc cải thiện thói quen sinh hoạt thường nhật chưa?
Có Không

Tiền sử bệnh

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						88
Tiểu đường						88
Rối loạn lipid máu						88
Bệnh não						88
Bệnh tim						88
Bệnh thận						88
Thiếu máu						88
Gout/Tăng axit uric máu						88
Viêm gan B						88
Viêm gan C						88
Rối loạn chức năng gan						88
Bệnh tuyến tiền liệt						88
Bệnh tuyến giáp						88
Khác ①						88
[						
Khác ②						88
[						
Khác ③						88
[						

Triệu chứng cơ năng

000000
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.Sung phù mắt/tay chân	9.Tê tay chân
2.Khô miệng	10.Nói líu lưỡi
3.Tiểu ra máu	11.Nhức đầu
4.Đi tiểu khó	12.Chóng mặt, mất thăng 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

Test1 (54)

Mã số quản lý

ID

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

Kiểm tra nước tiểu (M)

Có

Rối loạn chức năng thận

Có

特

Đạm

-

+-

+

2+

3+

4+

5+

Đường

-

+-

+

2+

3+

4+

5+

Máu ẩn

-

+-

+

2+

3+

4+

5+

(trong phân hoặc nước tiểu)

Cân nặng

.

kg

70

Chiều cao

.

cm

175

Vòng bụng

.

cm

80

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

Pepsinogen

PSA

※

Rubella

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)

•Nguyện vọng dùng kim truyền tĩnh mạch (Có ・ Không)

Nhận xét của nhân viên phụ trách

Tiền sử bệnh ②

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)

KhácⓄ (Trái Phải Cả hai mắt)

Tên bệnh

()

KhácⓄ (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

Cần hướng dẫn (đang điều trị)

Cần chăm sóc y tế

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