

Phiếu khám kiểm tra sức khỏe Genki Sukoyaka (Khám sức khỏe cơ bản)

元気すこやか検診 受診票（基本健診）

※Xin vui lòng điền vào các mục trong khung in đậm.

|                  |          |                      |     |                           |                            |     |  |  |
|------------------|----------|----------------------|-----|---------------------------|----------------------------|-----|--|--|
| Ngày khám        | Địa chỉ  | Higashihiroshima-shi |     |                           | TEL                        | — — |  |  |
| Tên cơ quan y tế | Hiragana |                      | Nam | Số tuổi cuối niên độ tuổi | Taisho・Showa・Heisei        |     |  |  |
|                  | Họ tên   |                      | Nữ  |                           | Sinh năm 年 tháng 月 ngày 日生 |     |  |  |

| 1. Xin vui lòng trả lời các câu hỏi sau đây. Vui lòng đánh dấu ○ vào mục tương ứng. |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                             |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                                                   | Hiện tại, bạn có đang uống thuốc hạ huyết áp không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 2                                                                                   | Hiện tại, bạn có đang uống thuốc hạ đường huyết hoặc tiêm Insulin không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 3                                                                                   | Hiện tại, bạn có đang uống thuốc hạ Cholesterol và chất béo trung tính không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 4                                                                                   | 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 đã được điều trị hay không?                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 5                                                                                   | Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh tim (hẹp van tim, nhồi máu cơ tim, v.v...) và đã được điều trị hay không?                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 6                                                                                   | Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán đang mắc bệnh thận mạn tính hay suy thận và có đang điều trị (chạy thận nhân tạo) hay không?                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 7                                                                                   | Bạn đã từng được bác sĩ chẩn đoán bị thiếu máu bao giờ chưa?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 8                                                                                   | Hiện tại, bạn có thói quen hút thuốc không?<br>(※ Là người thỏa mãn cả hai điều kiện sau:<br>Điều kiện 1: Có hút thuốc trong vòng 1 tháng gần đây.<br>Điều kiện 2: đã hút thuốc tổng cộng từ 6 tháng trở lên, hoặc đã hút tổng cộng từ 100 điếu trở lên)                                                                                                                                                        |  | ① Có (Thỏa mãn cả điều kiện 1 và 2)<br>③ Không (Không thuộc điều kiện 1 và 2)                                                                                               | ② Trước đây có hút nhưng trong 1 tháng gần đây thì không hút (Chỉ thỏa điều kiện 2) |
| 9                                                                                   | So với năm 20 tuổi, cân nặng hiện tại có tăng trên 10kg hay không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 10                                                                                  | 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?                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 11                                                                                  | Trong cuộc sống hằng ngày, bạn có đi bộ hay vận động cơ thể với mức độ tương đương khoảng trên 1 tiếng 1 ngày không?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 12                                                                                  | So với những người cùng độ tuổi và cùng giới tính, bạn đi bộ có nhanh hơn không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 13                                                                                  | Khi cắn nhai thức ăn bạn thuộc vào trạng thái nào sau đây?<br>① Có thể cắn và nhai tất cả các loại thức ăn<br>② Khó cắn nhai thức ăn vì có những chỗ răng cắn không khớp<br>③ Hầu như không thể cắn nhai được                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                             |                                                                                     |
| 14                                                                                  | So với mọi người tốc độ ăn của bạn có nhanh hơn không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | ① Nhanh                                                                                                                                                                     | ② Bình thường ③ Chậm                                                                |
| 15                                                                                  | 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?                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 16                                                                                  | Ngoài 3 bữa chính sáng trưa tối, bạn có thường ăn hay uống đồ ngọt không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | ① Hằng ngày<br>③ Hầu như không                                                                                                                                              | ② Thỉnh thoảng                                                                      |
| 17                                                                                  | Bạn có bỏ bữa sáng từ 3 lần trở lên trong một tuần hay không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 18                                                                                  | Hãy cho biết tần suất uống rượu (rượu Nhật, rượu Sochu, bia, rượu tây, v.v ...) của bạn thế nào?<br>(※ “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.)                                                                                                                                                           |  | ① Mỗi ngày<br>③ 3~4 ngày/tuần<br>⑤ 1~3 ngày/tháng<br>⑦ Đã bỏ uống<br>⑧ Không uống (không thể uống)                                                                          | ② 5~6 ngày/tuần<br>④ 1~2 ngày/tuần<br>⑥ Ít hơn 1 ngày/tháng                         |
| 19                                                                                  | Hãy cho biết lượng rượu bạn uống trong một ngày khoảng bao nhiêu?<br>〈Mức tương đương với 1 go rượu Nhật (nồng độ cồn 15%, 180 ml)〉<br>Bia (5% cồn・500 ml) Rượu shochu (25% cồn・khoảng 110 ml)<br>Rượu vang (14% cồn・khoảng 180 ml) Whisky (43% cồn・60 ml)<br>Chuhai dạng lon (5% cồn・khoảng 500 ml, 7% cồn・khoảng 350 ml)<br>(合(go) là đơn vị đo thể tích truyền thống của Nhật, dùng đo lượng rượu hoặc gạo.) |  | ① Dưới 1 go (dưới 180 ml)<br>② Từ 1 ~ dưới 2 go (180 ~ <360 ml)<br>③ Từ 2 ~ dưới 3 go (360 ~ <540 ml)<br>④ Từ 3 ~ dưới 5 go (540 ~ <900 ml)<br>⑤ Từ 5 go trở lên (≥ 900 ml) |                                                                                     |
| 20                                                                                  | Bạn có ngủ đủ giấc hay không?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | ① Có                                                                                                                                                                        | ② Không                                                                             |
| 2. Hiện tại, nếu có triệu chứng nào mà bạn lo lắng xin hãy viết vào đây.            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                             |                                                                                     |