



**<<Pertanyaan ②>> Silakan tulis di bingkai merah dengan pensil**

Apakah Anda sedang mengonsumsi obat-obatan A.B.C berikut ini?

**Ya**  **Tidak**

a. Obat yang menurunkan tekanan

b. Obat penurun gula darah atau suntikan insulin

c. Obat kolesterol dan trigliserida

Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda terkena stroke (pendarahan otak, infark serebral, dll) atau mendapat pengobatan?

Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda menderita penyakit jantung (angina pectoris, infark miokard, aritmia, dll) atau mendapat pengobatan?

Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda mengidap penyakit ginjal kronis atau gagal ginjal, atau pernahkah Anda menerima pengobatan (misalnya cuci darah buatan)?

Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda menderita anemia (termasuk indikasi dari dokter pemeriksaan kesehatan)?

Berat badan saya bertambah lebih dari 10 kg sejak saya berusia 20 tahun

Telah melakukan olahraga ringan yang menimbulkan keringat setidaknya selama 30 menit, setidaknya dua kali seminggu selama lebih dari setahun.

Berjalan kaki atau melakukan aktivitas fisik setara minimal 1 jam sehari dalam kehidupan sehari-hari

Berjalan lebih cepat dibandingkan orang lain pada usia yang sama

Saya cukup istirahat melalui tidur.

Melewatkan sarapan tiga kali atau lebih dalam seminggu

Makan malam dalam waktu 2 jam sebelum tidur 3 hari atau lebih dalam seminggu

Saya mencoba untuk menjadi lapar mungkin.

Saya mencoba makan lebih banyak sayuran dan rumput laut.

Saya menghindari garam

Apakah Anda mengonsumsi makanan ringan atau minuman manis selain tiga kali makan yaitu sarapan, makan siang, dan makan malam?

1. setiap hari  2. kadang-kadang  3. hampir tidak tertelan

Seberapa cepat Anda makan dibandingkan orang lain?

1. Cepat  2. Biasa  3. lambat

Nyatakan saat mengunyah makanan

① Saya bisa mengunyah dan memakan apa saja. Ada area yang mengkhawatirkan seperti gigi, gusi, dan ngigitan yang mungkin membuat Anda sulit mengunyah.

② Hampir tidak dikunyah

Apakah Anda ingin memperbaiki kebiasaan gaya hidup Anda seperti olahraga dan kebiasaan makan?

① Saya tidak mempunyai niat untuk menjadi lebih baik

② Saya berniat untuk menjadi lebih baik (dalam waktu 6 bulan)

③ Saya bermaksud untuk meningkatkannya dalam waktu dekat dan saya memulainya secara bertahap (dalam waktu satu bulan)

④ Sudah melakukan perbaikan (dalam waktu 6 bulan)

⑤ Sudah melakukan perbaikan (lebih dari 6 bulan)

Pernahkah Anda menerima panduan kesehatan khusus mengenai peningkatan kebiasaan gaya hidup Anda?

①Ya  ②Tidak

**Pekerjaan saat ini (satu hal utama)**

① Proses produksi/pekerjaan buruh

② Transportasi pekerjaan/komunikasi

③ Pekerjaan pelayanan

④ Posisi penjualan

⑤ Pekerjaan klerikal

⑥ Staf penjualan

⑦ Pekerjaan pertanian, kehutanan dan perikanan

⑧ Posisi teknis khusus

⑨ Manajemen

⑩ Sepuluh Pekerjaan keamanan

⑪ Pelajar/Ibu Rumah Tangga/Pengangguran

**operasi khusus**

① Organik

② Memimpin

③ Debu

④ Asbes

⑤ Radiasi pengion

⑥ Bahan kimia tertentu

⑦ Pekerjaan peralatan informasi

⑧ Alat getaran

⑨ Situs kebisingan

⑩ Sepuluh Pekerjaan keamanan

⑪ Lainnya

penyakit yang lalu atau sekarang

1. Sedang dalam pengobatan (minum obat)

2. Penyembuhan

3. Tindak lanjut (termasuk terapi diet)

4. Biarkan saja

① Tidak ada yang khusus

③ Tekanan darah tinggi  Usia diagn. 88 88 88 Situasi 88 88

⑨ Kencing Manis  88 88 88 88 88

⑧ Dislipidemia (kelainan kolesterol dan trigliserida)  88 88 88 88 88

④ stroke  88 88 88 88 88

⑤ Infark miokard/angina pektoris  88 88 88 88 88

⑥ aritmia  88 88 88 88 88

⑬ Penyakit ginjal kronis (nefritis, nefrosis, dll)  88 88 88 88 88

⑭ Gagal ginjal kronik/dialisis buatan  88 88 88 88 88

⑳ anemia  88 88 88 88 88

② Situs kanke dll. ( )  88 88 88 88 88

⑩ hepatitis  88 88 88 88 88

⑪ Tukak lambung/tukak duodenum  88 88 88 88 88

⑫ Penyakit pencernaan lainnya ( )  88 88 88 88 88

⑮ Batu ginjal/batu ureter  88 88 88 88 88

⑰ TBC paru/radang selaput dada  88 88 88 88 88

⑱ asma  88 88 88 88 88

⑳ Hiperurisemia (termasuk asam urat)  88 88 88 88 88

㉑ Penyakit tiroid  88 88 88 88 88

㉒ Penyakit lainnya 1 ( )  88 88 88 88 88

㉓ Penyakit lain 2 ( )  88 88 88 88 88

**Tembakau(termasuk rokok baru)**

① Merokok  (Saya telah merokok selama sebulan terakhir) Rata-rata per hari 88 88 88 rokok

② Saya dulunya merokok  (Saya tidak merokok selama sebulan terakhir) Durasi merokok 88 88 tahun

③ Jangan merokok  (selain ①/②) \*Telah merokok lebih dari 6 bulan seumur hidup Anda, atau telah merokok total 100 batang rokok

**Sistem kerja**

① Shift harian penuh waktu

② Shift malam sepanjang waktu

③ Sistem shift (shift siang dan shift malam)

Rata-rata jam kerja per hari (bulan lalu)

① Kurang dari 6 jam

② Kurang dari 6 hingga 8 jam

③ Kurang dari 8 hingga 10 jam

④ 10 jam atau lebih

Jumlah rata-rata hari kerja per minggu (bulan lalu)

① Kurang dari 3 hari

② Kurang dari 3-5 hari

③ 5 hari

④ 6 hari atau lebih

**Gejala dalam 3 bulan**

① Tidak ada yang khusus

② Telingaku berdenging

③ Batuk dan dahak

④ Muncul dahak darah(dalam waktu 6 bulan)  → Segera dapatkan pertolongan medis

⑤ Terkadang Sakit Kepala atau Berat

⑥ Pusing atau Pusing Berdiri

⑦ Nyeri dada atau Perasaan tertekan di Dada

⑧ Denyut nadi mungkin tidak teratur

⑨ Palpitasi dan sesak napas

⑩ Sakit Punggung

⑪ Bahu kaku yang parah.

⑫ Nyeri atau ketidaknyamanan pada Perut

⑬ Tidak ada nafsu makan

⑭ Rawan Diare

⑮ Sering kesulitan tidur

⑯ Kelelahan dan Kelelahan

⑰ Lainnya(dalam 10 karakter) ( )

**alkohol**

Preluensi minum (sake, shochu, bir, minuman keras Barat, dll.)

① Setiap hari  ⑦ Saya berhenti

② 5-6 hari seminggu  ⑧ Saya tidak minum  (saya tidak bisa minum)

③ 3-4 hari seminggu

④ 1-2 hari seminggu

⑤ 1 hingga 3 hari dalam sebulan

⑥ Kurang dari 1 hari dalam sebulan

Jumlah alkohol yang dikonsumsi per hari pada hari minum

① Kurang dari 1 gelas

② Kurang dari 1-2 gelas

③ Kurang dari 2-3 gelas

④ Kurang dari 3-5 gelas

⑤ 5 cangkir atau lebih

1 cangkir sake (alkohol 15%, 180mL)  
 Bir (alkohol 5%, 500mL)  
 Shochu (alkohol 25%, 110mL)  
 Anggur (alkohol 14%, 180mL)  
 Whisky (alkohol 43%, 60mL)  
 Chu-Hi Kalengan (alkohol 5%, 500mL)  
 Chu-Hi Kalengan (alkohol 7%, 350mL)

**Untuk wanita**

Apakah Anda sedang menstruasi?  Ya  Tidak

Apakah Anda hamil?  hamil  Kemungkinan hamil  Tidak

※Tidak dapat menjalani pemeriksaan rontgen paru-paru/kanker lambung

Bagi yang dapat menjalani pemeriksaan rontgen dada/CT dada

Apakah Anda melakukan rontgen dada atau CT scan dada untuk pemeriksaan kesehatan tahun lalu?  Ya  Tidak

個人番号

団体番号

訂  受診日

所・W・読

健保名  保険者番号   本人  家族  配偶者

記号  番号  枝番

フリガナ

氏名  性別  男  女  生年月日  西暦  年  月  日  雇用年月日

今回

身長  cm

体重  kg 130kg以上 胃X不可

体脂肪  %

尿検査  生理中  未検査

沈渣  実施  未検査

聴力  右未検査  左未検査  補

視力  右未検査  左未検査

色覚  未検査

血圧  未検査

会話  未検査

他覚所見  未検査

医師名

血液項目

検体情報

血色素量

赤血球

HbA1c

AST(GOT)

ALT(GPT)

γ-GTP

ALP

総蛋白

アルブミン

尿酸

尿酸

採血番号

採血  未検査

採血時間(食事開始時刻から)

空腹  ~1h  ~2h  ~3.5h  3.5h~  VVR

今回

心電図  未検査  検査

腹囲  cm

胸部  1側挿入4CT5SCR8平の患9未検査  正側

胃部  1側挿入3内視鏡4DR8平の患9未検査

大腸  未検査  2本  1本  後日  提出済

喀痰  未検査  当日  後日  提出済

腹部  未検査  検査  後日

眼底  右  左  未検査

眼圧  右  左  未検査

呼吸機能  未検査

脈拍  未検査

詳細な健診

貧血  1 既往  2 他覚(貧血)

心電図  4 血圧  2 他覚(不整脈)

眼底 ( )  4 血圧  3 #

CRE  4 血圧

治療中  心電図