

追加検査

尿pH	<input type="text"/>	<input type="text"/>
尿比重	<input type="text"/>	<input type="text"/>
遠方両眼	<input type="checkbox"/> 矯正 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 未満	
近方両眼	<input type="checkbox"/> 矯正 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 未満	
50cm両眼	<input type="checkbox"/> 矯正 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 未満	
近方	<input type="checkbox"/> 右未検査 右 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 未満	
	<input type="checkbox"/> 左未検査 左 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 未満	
50cm	<input type="checkbox"/> 右未検査 右 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 未満	
	<input type="checkbox"/> 左未検査 左 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 未満	
可聴力	<input type="checkbox"/> 右未検査 1000Hz 右 <input type="text"/> <input type="text"/> dB <input type="checkbox"/> 超え	
	<input type="checkbox"/> 左未検査 1000Hz 左 <input type="text"/> <input type="text"/> dB <input type="checkbox"/> 超え	
	<input type="checkbox"/> 右未検査 4000Hz 右 <input type="text"/> <input type="text"/> dB <input type="checkbox"/> 超え	
	<input type="checkbox"/> 左未検査 4000Hz 左 <input type="text"/> <input type="text"/> dB <input type="checkbox"/> 超え	
肺活量(VC)	<input type="text"/>	<input type="text"/> mL
1秒量	<input type="text"/>	<input type="text"/> mL
握力	<input type="checkbox"/> 右未検査 利き腕 右 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	
	<input type="checkbox"/> 左未検査 左 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg	

項目名	項目コード	今回検査値

\* 右詰め・小数点も1マス使用

<Aqueles que não podem ser submetidos a exames de câncer gástrico (bário)>

- Aqueles que já tiveram sintomas alérgicos durante um teste de bário
- Aqueles que pesam mais de 130 kg
- Aqueles cuja pressão arterial no dia do teste é 180/110mmHg ou superior

<Aqueles que precisam ter cuidado durante o rastreamento do câncer gástrico (bário)>

① A endoscopia é recomendada para pessoas com as seguintes condições.

- Aqueles que já tiveram obstrução intestinal antes
- Pessoas com doença do cólon
- Aqueles que tiveram diverticulite colônica
- Atualmente, aqueles que têm dificuldade para comer ou estão engasgados
- Aqueles que já ingeriram bário entram acidentalmente nos pulmões.

- Atualmente, aqueles que têm dificuldade para comer ou estão engasgados

- Pessoas que necessitam de assistência e têm dificuldade de se movimentar de acordo com as instruções.

② Se alguma das situações a seguir se aplicar a você, consulte seu médico e faça um teste.

- Aqueles que foram submetidos a cirurgia de cólon no passado
- Aqueles que estão hospitalizados devido a uma doença que requer restrição de líquidos ou restrição de exercícios.
- Atualmente visitando o hospital devido a uma doença estomacal

- Atualmente hospitalizado por doença cardíaca, renal ou pulmonar

③ Se você estiver amamentando, por favor nos avise.

- Os laxantes que normalmente fornecemos raramente podem causar diarreia em bebês, por isso forneceremos um laxante especial.

④ Inimigo diabetes

- Não tome medicamentos orais nem injete insulina antes de consulta com o médico, pois isso pode causar hipoglicemia.

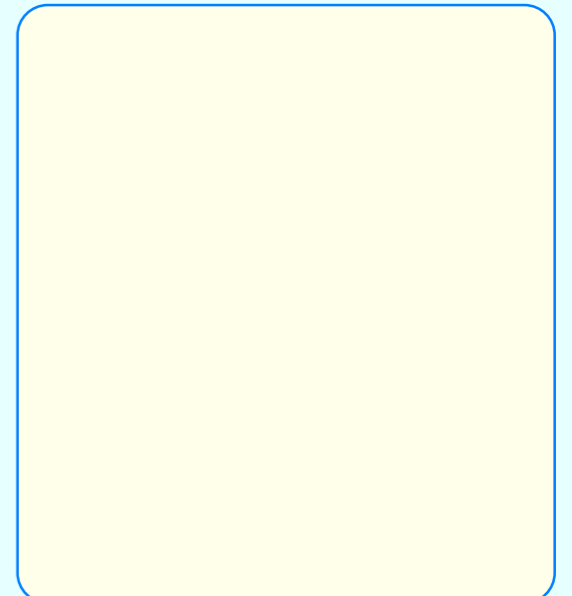
肝炎検査

項目名	前回実施日
HCV	



ポルトガル語サンプル

健康診断受診票



- Por favor, não dobre, manche ou corte o tíquete de consulta, pois ele é processado por máquina.
- Por favor, leia o documento anexo "Para quem recebe um exame de saúde" e preencha a "Pergunta ①" e a "Pergunta ②" antes da sua visita.

Por favor preencha a caixa vermelha com um lápis.

記入例  →  該当するものに斜線(はみださない)

→  1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

《Pergunta ①》☉ Por favor, preencha as informações da pergunta marcadas com ☉ (se não marcadas com ☉, não é necessário preencher)

Para aqueles que podem ser submetidos a exames de câncer de cólon (exame de sangue oculto nas fezes)

Você fez algum exame de câncer de cólon (exame de sangue oculto nas fezes ou câmera de cólon) nos últimos 3 anos?  sim  não

Alguém na sua família tem câncer colorretal? avós pais filhos irmão não <sub>s</sub>

sim(      )

Para aqueles que podem ser submetidos a exames de câncer gástrico (bário)

Você já teve sintomas alérgicos durante um teste de bário (urticária, dificuldade em respirar, etc.)?  sim  não  Não sei (Primeira vez)

**Incapaz de se submeter ao rastreamento do câncer gástrico**

Alguma das seguintes opções se aplica a ①, ②, ③ e ④ daqueles que precisam ter cuidado durante o rastreamento do câncer gástrico na folha anexa (ou no verso)?  sim  não

Você já fez uma cirurgia no esôfago, estômago, duodeno ou intestino grosso?  sim  não

Você fez algum exame de câncer de estômago (bário ou gastroscopia) nos últimos 3 anos?  sim  não

Você já recebeu tratamento de erradicação de Helicobacter pylori no passado?  sim  não  Não sei

Você está atualmente infectado com Helicobacter pylori?  sim  não  Não sei

Teste de estratificação de risco de câncer gástrico (classificação ABC) Para quem pode fazer o teste de pepsinogênio

1 Você tem sintomas estomacais ou outros sintomas digestivos?  sim  não

2 Você está fazendo tratamento (tomando medicamento) para úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagite de refluxo, etc.?  sim  não

3 Você está tomando IBPs (inibidores da bomba de prótons ou Takecab) para suprimir a acidez estomacal?  sim  não

4 Você já fez cirurgia gástrica (gastrectomia)?  sim  não

5 Você foi diagnosticado com insuficiência renal crônica?  sim  não

6 Você já recebeu tratamento de erradicação do Helicobacter pylori?  sim  não

7 Você tem histórico de alguma doença que exija uso prolongado de antibióticos (pneumonia, otite média, empiema, etc.)?  sim  não

8 Você foi diagnosticado com imunodeficiência/imunocomprometimento ou está tomando esteróides?  sim  não

※Se você responder "sim" ao questionário acima, o teste não poderá ser realizado porque o teste não pode ser determinado corretamente.

1	A	B	*	総枚数	尿未検査	後日	先出	ABC	PG	FVC	VC	眼圧

A pergunta② está dentro

【個人情報の取り扱い】当協会は以下の目的で個人情報を利用いたします。  
 ・健康診断の契約、事前準備、受付、実施、結果作成、確実な納品および事後処置。  
 ・精度管理および公衆衛生向上のための学術的貢献。この目的で個人情報を利用する際は、個人を特定できない対策を講じます。  
 ・受診いただく検査項目は、健康診断を依頼される団体等との契約・取り決めに基づき実施いたします。

一般財団法人 石川県予防医学協会  
 ISO9001 認証取得・日本総合健康医学会優良総合健康施設  
 ISO27001 (情報セキュリティマネジメントシステム) 認証取得

〒920-0365 金沢市神野町東115番地  
 TEL(076) 249-7222 (代) FAX (076) 269-4663

# «Pergunta 2»

Por favor, escreva na moldura vermelha com um lápis.

**sim** **não**

1. Medicamentos que reduzem a pressão arterial

2. Medicamentos para baixar o açúcar no sangue ou injeções de insulina

3. Medicamentos para colesterol e triglicéridos

Algum médico já lhe disse que você teve um acidente vascular cerebral (hemorragia cerebral, infarto cerebral, etc.) ou recebeu tratamento?

Algum médico já lhe disse que você tem uma doença cardíaca (angina de peito, infarto do miocárdio, arritmia, etc.) ou recebeu tratamento?

Você foi informado por um médico que tem doença renal crônica ou insuficiência renal, ou recebeu tratamento (como diálise artificial)?

Algum médico já lhe disse que você tem anemia (incluindo indicações de um médico de check-up)?

Ganhei mais de 10 kg desde os 20 anos.

Praticar exercícios leves que induzem suor por pelo menos 30 minutos por vez, pelo menos duas vezes por semana, há mais de um ano.

Caminhar ou fazer atividade física equivalente por pelo menos 1 hora por dia na vida diária

Andar mais rápido que outras pessoas da mesma idade

Estou bem descansado durante o sono.

Pular o café da manhã três ou mais vezes por semana

Jantar 2 horas antes de ir para a cama, 3 ou mais dias por semana

Estou tentando passar a maior fome possível

Tento comer mais vegetais e algas marinhas.

Estou evitando sal

Você consome lanches ou bebidas doces além das três refeições

1 todos os dias 2 às vezes 3 dificilmente ingerido

Quão rápido você come em comparação com outras pessoas?

1 Rápido 2 Normal 3 lento

Estado ao mastigar alimentos

1 Posso mastigar e comer qualquer coisa. Existem áreas de preocupação, como dentes, gengivas e mordida, que podem dificultar a mastigação.

2 Quase não mastigado

Você quer melhorar seus hábitos de vida, como exercícios e hábitos alimentares?

1 Não tenho intenção de melhorar

2 Pretendo melhorar (dentro de 6 meses)

3 Pretendo melhorar num futuro próximo e estou começando gradualmente (dentro de um mês)

4 Já trabalhando em melhorias (dentro de 6 meses)

5 Já trabalhando em melhorias (mais de 6 meses)

Você já recebeu orientações específicas de saúde para melhorar seus hábitos de vida?

1 sim 2 não

**Ocupação atual (uma operação)** **atual passado**

1 Processo de produção/trabalho de mão de obra

2 Transporte empregos de comunicação

3 Trabalho de serviço

4 Posição de vendas

5 Trabalho administrativo

6 Equipe de vendas

7 Empregos na agricultura, silvicultura e pesca

8 Cargo técnico especializado

9 Gestão

10 Trabalho de segurança

11 Estudante/Dono de casa/Desempregado

1 Orgânico

2 Liderar

3 Poeira

4 Amianto

5 Radiação ionizante

6 Substâncias químicas especificadas

7 Trabalho de equipamento de informação (VDT)

8 Ferramenta de vibração

9 Local de ruído

10 Objetos pesados

11 cargas pesadas, trabalhos de enfermagem, etc.

12 Outros

**doença passada ou presente**

1 Nada em particular

2 Pressão alta

3 diabetes

4 Dislipidemia (anormalidades no colesterol e triglicéridos)

5 tempos

6 Infarto do miocárdio/angina de peito

7 arritmia

8 Doença renal crônica (nefrite, nefrose, etc.)

9 Insuficiência renal crônica/diálise artificial

10 anemia

11 Local de câncer etc. ( )

12 hepatite

13 Úlcera gástrica/úlcera duodenal

14 Outras doenças digestivas ( )

15 Pedras nos rins/pedras ureterais

16 Tuberculose pulmonar/pluricuriosis

17 asma

18 Hiperuricemia (incluindo gota)

19 Doença da tireóide

20 Outras doenças 1 ( )

21 Outras doenças 2 ( )

Idade d Situa

1. Em tratamento (tomando medicação)

2. Cura

3. Acompanhamento (incluindo terapia dietética)

4. Deixe como está

**Tabaco (incluindo cigarros novos)**

1 Fumar (fumo há um mês)

2 Eu fumava (não fumei no último mês)

3 Não fume (exceto 1,2) ※Ter fumado por mais de 6 meses na vida ou ter fumado um total de 100 cigarros

Média por dia cigarro

Duração do fumo ano

**Sistema de trabalho**

1 Turno diurno em tempo integral

2 Turno noturno o tempo todo

3 Sistema de turno (turno diurno e noturno)

**Média de horas de trabalho por dia (último mês)**

1 Menos de 6 horas

2 Menos de 6 a 8 horas

3 Menos de 8 a 10 horas

4 10 horas ou mais

**Número médio de dias úteis por semana (último mês)**

1 Menos de 3 dias

2 Menos de 3-5 dias

3 5 dias

4 6 dias ou mais

**Sintomas nos últimos 3 meses**

1 Nada em particular

2 Zumbido em meus ouvidos

3 tosse e catarro

4 Aparece expectoração sanguínea (dentro de 6 meses) → Procure atendimento médico imediatamente

5 Às vezes, dores de cabeça ou peso

6 tontura ou tontura em pé

7 Dor no peito ou sensação de pressão no peito

8 O pulso pode ser irregular

9 Palpitações e falta de ar

10 dor nas costas

11 Ombros rígidos e severos.

12 Dor ou desconforto no estômago

13 Sem apetite

14 propenso a diarreia

15 Dificuldade frequente para dormir

16 Fadiga e Cansaço

17 Outros (dentro de 10 caracteres) ( )

**álcool**

**Frequência de consumo (saquê, shochu, cerveja, licor oriental, etc.)**

1 Todos os dias 2 5-6 dias por semana 3 3-4 dias por semana 4 1-2 dias por semana 5 1 a 3 dias por mês 6 Menos de 1 dia por mês 7 Eu parei 8 Eu não bebo (não posso beber)

**Quantidade de álcool consumido**

1 Menos de 1 xícara

2 Menos de 1-2 xícaras

3 Menos de 2-3 xícaras

4 Menos de 3-5 xícaras

5 5 xícaras ou mais

1 xícara de saquê (15% de álcool, 180mL)

Cerveja (5% de álcool, 500mL)

Shochu (álcool 25%, 110mL)

Vinho (14% de álcool, 180mL)

Uisque (43% de álcool, 60mL)

Chu-Hi em lata (5% de álcool, 500mL)

Chu-Hi em lata (álcool 7%, 350mL)

**Para mulheres**

Você está menstruada?  sim  não

Você está grávida?  grávida  Possibilidade de gravidez  não

※Incapaz de se submeter a exames de câncer de pulmão/câncer de estômago

Para aqueles que podem realizar radiografia de tórax/TC de tórax

Você fez uma radiografia ou tomografia computadorizada de tórax para seu exame de saúde no ano passado?

sim  não

個人番号

団体番号

団体名

団体住所

フリガナ

氏名

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

性別

男

女

生年月日

西暦

雇用年月日

**今回**

身長

体重

体脂肪

尿検査

沈渣

聴力

視力

色覚

血圧

会話

聴診

他覚所見

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**

採血時間(食事開始時刻から)

空腹

~1h

~2h

~3.5h

3.5h~

VVR

**今回**

心電図

腹囲

胸部

胃部

大腸

喀痰

腹部

眼底

眼圧

呼吸機能

脈拍

詳細な健診

貧血

心電図

眼底 ( )

CRE

治療中

心電図