

[Pregunta 2] Por favor escriba en el marco rojo con un lápiz

¿Está tomando los siguientes medicamentos A.B.C? Sí No
a. Medicamentos que reducen la presión arterial.
b. Medicamentos para reducir el azúcar en sangre o inyecciones de insulina.
c. Fármacos para el colesterol y los triglicéridos.

enfermedad pasada o presente
1. Nada en particular
2. Sitio del cáncer etc
3. presión arterial alta
4. Diabetes
5. Hipertensión

Ocupación actual (una cosa principal) pasado actual
1. Orgánico
2. Plomo
3. Polvo
4. Amianto
5. Amianto

Tabaco (incluidos los cigarrillos nuevos)
1. Fumar*
2. Solía fumar*
3. No fumar
Sistema de trabajo
1. Turno diurno de tiempo completo
2. Turno de noche todo el tiempo
3. Sistema de turnos (tanto de día como de noche)

Síntomas en los últimos 3 meses
1. Nada en particular
2. Zumbido en mis oídos
3. Tos y flema
4. Aparece esputo sanguineo(dentro de los 6 meses)
5. A veces dolores de cabeza o pesadez

alcohol
Frecuencia de consumo (sake, shochu, cerveza, licor occidental, etc.)
1. Todos los días
2. 5-7 días a la semana
3. 3-4 días a la semana

Para mujeres
¿Estás menstruando? Sí No
Estás embarazada
embarazada Posibilidad de embarazo No

Para aquellos que pueden someterse a una radiografía de tórax o una tomografía computarizada de tórax.
¿Le hicieron una radiografía de tórax o una tomografía computarizada de tórax para su control de salud el año pasado? Sí No

個人番号
団体番号
団体名
団体住所
フリガナ
氏名
性別
生年月日
西暦
雇用年月日
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

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
ヘマトクリット
白血球
LDLコレステロール
HDLコレステロール
中性脂肪
総コレステロール
血糖
HbA1c
AST(GOT)
ALT(GPT)
γ-GTP
ALP
総蛋白
アルブミン
尿素窒素
クレアチニン
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
心電図
腹部
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