タイ語サンプル

健康診断受診票

● กรุณาอย่าโค้งงอ เปื้อน หรือตัดตัวคำปรึกษา เนื่องจากมันถูกประมวลผลโดยเครื่องจักร
● โปรดอ่านเอกสารแนบ "สำหรับผู้ที่รับการตรวจสุขภาพ" และกรอก "คำถาม 1" และ "คำถาม 2" ก่อนเข้ารับการตรวจ

กรุณากรอกกล่องสีแดงด้วยดินสอ

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

《คำถามที่ 1》

◎ กรุณากรอกข้อมูลคำถามที่มีเครื่องหมาย ○ (หากไม่ได้ทำเครื่องหมาย ○ ก็ไม่จำเป็นต้องกรอก)

สำหรับผู้ที่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้ (ตรวจเลือดไสยอุจจาระ)

คุณเคยมีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (การตรวจเลือดไสยอุจจาระหรือกล่องตรวจลำไส้ใหญ่) ภายใน 3 ปีที่ผ่านมาหรือไม่?	ใช่	เลขที่
มีใครในครอบครัวของคุณที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไม่?	ใช่ (ปู่ย่าตายาย / พ่อแ / ลูก / พี่น้อง)	เลขที่

สำหรับผู้ที่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร (แบเรียม)

คุณเคยมีอาการแพ้ระหว่างการทดสอบแบเรียม (ลมพิษ หายใจลำบาก ฯลฯ) หรือไม่?	ใช่	เลขที่	ฉันไม่รู้ (ครั้งแรก)
※ไม่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหารได้			
ข้อใดต่อไปนี้ใช่กับ 1, 2, 3 และ ◎ ของผู้ที่จำเป็นต้องระมัดระวังในการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหารในเอกสารที่แนบมาด้วย (หรือด้านหลัง)	ใช่	เลขที่	
คุณเคยได้รับการผ่าตัดหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น หรือลำไส้ใหญ่หรือไม่?	ใช่	เลขที่	
คุณเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร (แบเรียม หรือ การส่องกล้องทางเดินอาหาร) ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาหรือไม่?	ใช่	เลขที่	
คุณเคยได้รับการรักษากำจัดเชื้อ Helicobacter pylori ในอดีตหรือไม่?	ใช่	เลขที่	ฉันไม่รู้
ขณะนี้คุณติดเชื้อ Helicobacter pylori หรือไม่?	ใช่	เลขที่	ฉันไม่รู้

การทดสอบการแบ่งชั้นความเสี่ยงมะเร็งกระเพาะอาหาร (การจำแนกประเภท ABC) สำหรับผู้ที่สามารถรับการตรวจเปปซิโนเจนได้

1	คุณมีอาการท้องผูกหรือมีอาการทางเดินอาหารอื่นๆ หรือไม่?	ใช่	เลขที่
2	คุณกำลังเข้ารับการรักษา (รับประทานยา) โรคแผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น กรดไหลย้อน หลอดอาหารอักเสบ ฯลฯ หรือไม่?	ใช่	เลขที่
3	คุณกำลังรับประทาน PPIs (สารยับยั้งโปรตอนปั๊มหรือ Take cab) เพื่อระงับกรดในกระเพาะอาหารหรือไม่?	ใช่	เลขที่
4	คุณเคยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (gastrectomy) หรือไม่?	ใช่	เลขที่
5	.คุณได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไตวายเรื้อรังหรือไม่?	ใช่	เลขที่
6	คุณเคยได้รับการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อ Helicobacter pylori หรือไม่?	ใช่	เลขที่
7	.คุณมีประวัติการเจ็บป่วยใดๆ ที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะในระยะยาวหรือไม่ (โรคปอดบวม โรคหูน้ำหนวก โรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) หรือไม่?	ใช่	เลขที่
8	.คุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือคุณกำลังรับประทานสเตียรอยด์หรือไม่?	ใช่	เลขที่

※หากคุณตอบ "ใช่" ในแบบสอบถามข้างต้น จะไม่สามารถทำการทดสอบได้เนื่องจากไม่สามารถระบุการทดสอบได้อย่างถูกต้อง

[スタッフ使用欄]

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

คำถามที่ 2 อยู่ข้างใน

【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・日本総合健診医学会優良総合健診施設
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

追加検査

	尿ｐＨ		
	尿比重		
	遠方両眼		矯正 未満
	近方両眼		矯正 未満
	50cm両眼		矯正 未満
	近方	右 未検査	右 矯正 未満
		左 未検査	左 矯正 未満
	50cm	右 未検査	右 矯正 未満
		左 未検査	左 矯正 未満
	可聴聴力	右 未検査	1000Hz 右 dB 超え
		左 未検査	1000Hz 左 dB 超え
		70dB↑は70と記入し超えもﾁｪｯｸ	4000Hz 右 dB 超え
			4000Hz 左 dB 超え
	肺活量(VC)		mL
	1秒量		mL
	握力	右 未検査	利き腕 右 kg
		左 未検査	左 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

<ผู้ที่ไม่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร (แบเรียม)>

- ผู้ที่เคยมีอาการภูมิแพ้มาก่อนระหว่างการทดสอบแบเรียม
- ผู้ที่มีน้ำหนักมากกว่า 130 กก
- ผู้ที่มีความดันโลหิตในวันที่ทำการทดสอบคือ 180/110mmHg หรือสูงกว่า

<ผู้ที่ต้องระมัดระวังในการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร (แบเรียม)>

① แนะนำให้ใช้การส่องกล้องสำหรับผู้ที่มีอาการดังต่อไปนี้

- ผู้ที่เคยลำไส้อุดตันมาก่อน
- ผู้ที่เป็นโรคลำไส้
- ผู้ที่เป็นโรคถุงผนังลำไส้อักเสบ
- ปัจจุบันผู้ที่มีปัญหาในการรับประทานอาหารหรือสำลัก
- ผู้ที่เคยเป็นโรคแบเรียมอาจเข้าไปในปอดโดยไม่ได้ตั้งใจ
- ผู้ที่เคยมีอาการท้องผูกรุนแรงมาก่อน (ถึงขั้นต้องไปพบแพทย์) หลังจากรับประทานแบเรียม
- บุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือและมีปัญหาในการเคลื่อนย้ายตามคำแนะน

② หากข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ตรงกับคุณ โปรดปรึกษาแพทย์ของคุณและเข้ารับการทดสอบ

- ผู้ที่เคยผ่านการผ่าตัดลำไส้ใหญ่มาก่อน
- ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากการเจ็บป่วยที่ต้องจำกัดปริมาณของเหลวหรือจำกัดการออกกำลังกาย
- กำลังไปโรงพยาบาลเนื่องจากอาการป่วยในกระเพาะอาหาร กำลังรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ ไต หรือปอด

③ หากคุณกำลังให้นมบุตร โปรดแจ้งให้เราทราบ

- ยาระบายที่เรามักจะให้มักไม่ค่อยทำให้เกิดอาการท้องเสียในทารก ดังนั้นเราจะให้ยาระบายชนิดพิเศษแก่คุณ

④ ศัตรูเบาหวาน

- อย่ารับประทานยารับประทานหรือฉีดอินซูลินก่อนไปพบแพทย์ เพราะอาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้

肝炎検査

項目名	前回実施日
HCV	

CG11-0001-001④

« คำถามที่ 2 » กรุณาเขียนด้วยดินสอในกรอบสีแดง

現在の服薬状況	คุณกำลังใช้ยา A.B.C ต่อไปนี้อยู่หรือไม่?	ใช่	เลขที่
	ก. ยาที่ลดความดันโลหิต		
	ข. ยาลดน้ำตาลในเลือดหรือการฉีดอินซูลิน		
	ค. ยาโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์c.		
	คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เลือดออกในสมอง, ภาวะสมองขาดเลือด ฯลฯ) หรือได้รับการรักษาหรือไม่?		
	คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคหัวใจ (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ฯลฯ) หรือได้รับการรักษาหรือไม่?		
	แพทย์แจ้งคุณว่าคุณเป็นโรคไตเรื้อรังหรือไตวาย หรือคุณได้รับการรักษา (เช่น การฟอกไตเทียม) หรือไม่?		
	คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคโลหิตจาง (รวมถึงข้อบ่งชี้จากแพทย์ตรวจสุขภาพด้วย) หรือไม่?		
	ฉันได้รับมากกว่า 10 กิโลกรัมตั้งแต่ฉันอายุ 20 ปี		
	ออกกำลังกายเบาๆ ที่ทำให้เหงื่อออกอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละสองครั้งเป็นเวลานานกว่าหนึ่งปี		
	การเดินหรือออกกำลังกายที่เทียบเท่ากันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมงในชีวิตประจำวัน		
	เดินเร็วกว่าคนวัยเดียวกัน		
	ฉันพักผ่อนได้ดีจากการนอน		
	งดอาหารเช้าสามครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์		
	รับประทานอาหารเย็นภายใน 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์		
	ฉันกำลังพยายามหิวให้มากที่สุด		
	ฉันพยายามกินผักและสาหร่ายให้มากขึ้น		
	ฉันกำลังหลีกเลี่ยงเกลือ		

คุณบริโภคของว่างหรือเครื่องดื่มรสหวานนอกเหนือจากอาหารสามมื้อ ได้แก่ มื้อเช้า กลางวัน และเย็นหรือไม่?
☐ ① ทุกวัน ☐ ② บางค ☐ ③ ไม่ค่อยกินเข้าไป

คุณกินเร็วแค่ไหนเมื่อเทียบกับคนอื่น?
☐ ① รวดเ ☐ ② ปกติ ☐ ③ ช้า

ระบุเมื่อเคี้ยวอาหาร
☐ ① ฉันสามารถเคี้ยวและกินอะไรก็ได้
☐ ② มีส่วนที่น่ากังวล เช่น ฟัน เหงือก และการกัดที่อาจทำให้เคี้ยวยาก
☐ ③ เคี้ยวแทบไม่ได้เลย

คุณต้องการปรับปรุงนิสัยการใช้ชีวิตของคุณเช่นการออกกำลังกายและนิสัยการกินหรือไม่?
☐ ① ฉันไม่มีความตั้งใจที่จะปรับปรุง
☐ ② ฉันตั้งใจจะปรับปรุง (ภายใน 6 เดือน)
☐ ③ ฉันตั้งใจจะปรับปรุงในอนาคตอันใกล้นี้และกำลังเริ่มทีละน้อย (ภายในหนึ่งเดือน)
☐ ④ ดำเนินการปรับปรุงแล้ว (ภายใน 6 เดือน)
☐ ⑤ ดำเนินการปรับปรุงแล้ว (มากกว่า 6 เดือน)

คุณเคยได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพโดยเฉพาะเกี่ยวกับการปรับปรุงนิสัยการใช้ชีวิตของคุณหรือไม่?
☐ ① ใช่ ☐ ② เลขที่

อาชีพปัจจุบัน (สิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง) / ปฏิบัติการพิเศษ

อาชีพปัจจุบัน	ปัจจุบัน	อดีต	ปฏิบัติการพิเศษ	ปัจจุบัน	อดีต
① กระบวนการผลิต/งานแรงงาน			① ออแกนิก		
② การขนส่ง งานสื่อสาร			② ตะกั่ว		
③ งานบริการ			③ ฝุ่น		
④ ตำแหน่งการขาย			④ แร่ใยหิน		
⑤ งานเสมียน			⑤ รังสีไอออไนซ์		
⑥ พนักงานขาย			⑥ สารเคมีที่ระบุ		
⑦ งานเกษตร ป่าไม้ และประมง			⑦ งานอุปกรณ์สารสนเทศ (VDT)		
⑧ ตำแหน่งทางเทคนิคเฉพาะทาง			⑧ เครื่องมือสั่นสะเทือน		
⑨ การจัดการ			⑨ ไซด์เสียงรบกวน		
⑩ งานรักษาความปลอดภัย			⑪ ของหนัก งานพยาบาล ฯลฯ		
⑪ นักศึกษา/แม่บ้าน/ว่างงาน			⑩ อื่นๆ ( )		

ความเจ็บป่วยในอดีตหรือปัจจุบัน

1.อยู่ระหว่างการรักษา (รับประทานยา)
2. การรักษา
3. การติดตามผล (รวมถึงการบริโภคด้วยอาหาร)
4..ปล่อยมันไว้ตามลำพัง

		อายุการวินิจฉัย		สถานการณ์
☐	① ไม่มีอะไรเป็นพิเศษ			
☐	③ ความดันโลหิตสูง		ปี	
☐	⑨ โรคเบาหวาน		ปี	
☐	⑧ Dyslipidemia (ความผิดปกติของคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์)		ปี	
☐	④ จังหวะ		ปี	
☐	⑤ กล้ามเนื้อหัวใจตาย/โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ		ปี	
☐	⑥ จังหวะ		ปี	
☐	⑬ โรคไตเรื้อรัง (โรคไตอักเสบ โรคไต ฯลฯ)		ปี	
☐	⑭ ภาวะไตวายเรื้อรัง/การฟอกไตเทียม		ปี	
☐	⑳ โรคโลหิตจาง		ปี	
☐	② บริเวณที่เป็นมะเร็ง เป็นต้น ( )		ปี	
☐	⑩ โรคตับอักเสบ		ปี	
☐	⑪ แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น		ปี	
☐	⑫ โรคทางเดินอาหารอื่นๆ ( )		ปี	
☐	⑮ นิ่วในไต/นิ่วในท่อไต		ปี	
☐	⑰ วัณโรคปอด/เยื่อหุ้มปอดอักเสบ		ปี	
☐	⑱ โรคหอบหืด		ปี	
☐	㉑ ภาวะกรดยูริก		ปี	
☐	㉒ โรคต่อมไทรอยด์		ปี	
☐	㉕ โรคอื่นๆ 1 ( )		ปี	
☐	㉖ โรคอื่นๆ 2 ( )		ปี	

ยาสูบ (รวมถึงบุหรี่ใหม่)

☐	① สูบบุหรี่ ※ (ฉันสูบบุหรี่มาเป็นเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา)	เฉลี่ยต่อวัน บุหรี่
☐	② ฉันเคยสูบบุหรี่ ※ (ฉันไม่ได้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมา)	ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ ปี
☐	③ ห้ามสูบบุหรี่ (นอกเหนือจาก 12)	※สูบบุหรี่มามากกว่า 6 เดือนในช่วงชีวิตของคุณ หรือสูบบุหรี่ไปแล้วทั้งหมด 100 มวน

ระบบการทำงาน

☐ ① กะเต็มวัน ☐ ② มีกะกลางคืนตลอดเ ☐ ③ ระบบกะ (ทั้งกะกลางวันและกะกลางคืน)

ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน (เดือนที่แล้ว)

☐ ① น้อยกว่า 6 ชั่วโมง
☐ ② น้อยกว่า 6 ถึง 8 ชั่วโมง
☐ ③ น้อยกว่า 8 ถึง 10 ชั่วโมง
☐ ④ 10 ชั่วโมงขึ้นไป

จำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (เดือนที่แล้ว)

☐ ① น้อยกว่า 3 วัน
☐ ② น้อยกว่า 3-5 วัน
☐ ③ 5 วัน
☐ ④ 6 วันขึ้นไป

อาการในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

☐ ①ไม่มีอะไรเป็นพิเศษ
☐ ② ดังก้องอยู่ในหูของฉัน
☐ ③ ไอและเสมหะ
☐ ④ มีเสมหะในเลือดปรากฏขึ้น (ภายใน 6 เดือน) → ไปพบแพทย์ทันที
☐ ⑤ บางครั้งปวดหัวหรือหนักใจ
☐ ⑥ อาการวิงเวียนศีรษะหรืออาการวิงเวียนศีรษะขณะยืน
☐ ⑦ อาการเจ็บหน้าอกหรือรู้สึกกดดันในหน้าอก
☐ ⑧ ชีพจรอาจไม่สม่ำเสมอ
☐ ⑨ ใจสั่นและหายใจถี่
☐ ⑩ อาการปวดหลัง
☐ ⑪ ไหล่แข็งอย่างรุนแรง
☐ ⑫ ปวดหรือไม่สบายท้อง
☐ ⑬ ไม่มีความอยากอาหาร
☐ ⑭ มีแนวโน้มที่จะท้องเสีย
☐ ⑮ นอนหลับยากบ่อยครั้ง
☐ ⑯ ความเหนื่อยล้าและความเหนื่อยล้า
☐ ⑰ อื่นๆ (ไม่เกิน 10 ตัวอักษร) ( )

แอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์
☐ ①ทุกวัน ☐ ⑦ฉันเลิกแล้ว
☐ ②5-6 วันต่อ ☐ ⑧ฉันไม่ดื่ม (ฉันดื่มไม่ได้)
☐ ③3-4 วันต่อ
☐ ④1-2 วันต่อสัปดาห์
☐ ⑤1 ถึง 3 วันต่อเดือน
☐ ⑥น้อยกว่า 1 วันต่อเดือน

ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันในวันที่
☐ ①น้อยกว่า 1 ถ้วย
☐ ②น้อยกว่า 1-2 ถ้วย
☐ ③น้อยกว่า 2-3 ถ้วย
☐ ④น้อยกว่า 3-5 ถ้วย
☐ ⑤5 ถ้วยขึ้นไป

สาเก 1 ถ้วย (แอลกอฮอล์ 15%, 180 มล.)
เบียร์ (แอลกอฮอล์ 5%, 500 มล.)
โชจู (แอลกอฮอล์ 25%, 110 มล.)
ไวน์ (แอลกอฮอล์ 14%, 180 มล.)
วิสกี้ (แอลกอฮอล์ 43%, 60 มล.)
ชูไฮกระป๋อง (แอลกอฮอล์ 5%, 500มล.)
ชูไฮกระป๋อง (แอลกอฮอล์ 7%, 350มล.)

สำหรับผู้หญิง

คุณกำลังมีประจำเดือนใช่ไหม? ☐ ใช่ ☐ เลขที่

คุณกำลังตั้งครรภ์ ☐ ตั้งครร ☐ ความเป็นไปได้ของการตั้งครรภ์ ☐ เลขที่

※ไม่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปอด/มะเร็งกระเพาะอาหารได้

สำหรับผู้ที่สามารถรับการตรวจเอ็กซเรย์ทรวงอก/ซีที่ทรวงอกได้

ปีที่แล้วคุณได้เอ็กซเรย์หน้าอกหรือ CT scan หน้าอกเพื่อตรวจสุขภาพหรือไม่?
☐ ใช่ ☐ เลขที่

個人番号		①	訂 ☐ 受診日
団体番号		②	所・W・読
団体名		③	健保名 / 保険者番号 / ☐ 本人
団体住所		④	記号 / 番号 / 枝番 / ☐ 家族
フリガナ		⑤	☐ 配偶者
氏名	様	性別 ☐ 男 ☐ 女	生年月日 西暦 年 月 日 / 雇用年月日

会話法 聴診

		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	蛋白 ☐ − ☐ ± ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+	
		糖 ☐ − ☐ ± ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+	
		潜血 ☐ − ☐ ± ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+	
沈渣	☐ 実施	ウロ ☐ N ☐ + ☐ 2+ ☐ 3+ ☐ 4+	
聴力	☐ 右 未検査	1000Hz 右 ☐ 所見なし ☐ 所見あり	
	☐ 左 未検査	1000Hz 左 ☐ 所見なし ☐ 所見あり	
	補	4000Hz 右 ☐ 所見なし ☐ 所見あり	
		4000Hz 左 ☐ 所見なし ☐ 所見あり	
視力	☐ 右 未検査	右 ☐ 矯正 ___.__ ☐ 未満	
	☐ 左 未検査	左 ☐ 矯正 ___.__ ☐ 未満	
色覚	☐ 未検査	☐ 所見なし ☐ 所見あり	
血圧	☐ 未検査	1回目 ___ / ___	
		2回目 ___ / ___	
		合計 / 140/90↑(279/179↑)E・A 130/85↑(259/169↑)CRE	
会話	☐ 未検査	☐ 所見なし ☐ 所見あり	
他覚所見	☐ 血圧勧奨	☐ 1 特になし	
		治療中 要観察 / 要精査	
		☐ ☐ 2 貧血	
		☐ ☐ 4 不整脈	
		☐ ☐ 3 浮腫(顔面.四肢)	
		☐ ☐ 5 心雑音	
		☐ ☐ 6 呼吸音の異常	
		☐ ☐ 7 四肢の麻痺	
		☐ ☐ 8 皮膚.粘膜の異常	
		☐ ☐ 9 骨.関節の異常	
		☐ ☐ 10 腹部の異常	
		☐ ☐ 11 甲状腺の異常	
		☐ ☐ 12 その他 ( )	
	☐ 未検査		
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	
推算GFR	
尿酸	

		採血時間(食事開始時刻から)						
採血	採血番号 ☐ 未検査	空腹	~1h	~2h	~3.5h	3.5h~	VVR	
		今回						
心電図	☐ 未検査	☐ 検査						
腹囲	1測定 4看衣 7SS 8その他 9未検査	___.__ cm						
胸部	1間接 4CT 5CR 8後日 9未検査 / ☐ 正側							
胃部	1間接 3内視鏡 4DR 8後日 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						右 左	右 左
眼圧	☐ 右 未検査	右 ___ ___ mmHg						
	☐ 左 未検査	左 ___ ___ mmHg						
呼吸機能	☐ 未検査	努力性肺活量 ___ mL						
		%肺活量 ___ ___.__ %						
		1秒率 ___ ___.__ %						
		%1秒量 ___ ___.__ %						
脈拍	☐ 未検査							

詳細な健診				
貧血	☐ 1 既往	☐ 2 他覚(貧血)		治療中
心電図	☐ 4 血圧	☐ 2 他覚(不整脈)		心電図
眼底 ( )	☐ 4 血圧	☐ 3 #		
CRE	☐ 4 血圧			