

«Câu hỏi 2» Hãy viết vào khung màu đỏ bằng bút chì

Bạn có đang dùng các loại thuốc A.B.C sau đây không?

	Đúng	KHÔNG
a. Thuốc làm giảm huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Thuốc hạ đường huyết hoặc tiêm insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Thuốc cholesterol và triglycerid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bạn đã bao giờ được bác sĩ thông báo rằng bạn bị đột quỵ (xuất huyết não, nhồi máu não, v.v.) hoặc đã được điều trị chưa?

Bạn đã bao giờ được bác sĩ thông báo rằng bạn mắc bệnh tim (đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, v.v.) hoặc đã được điều trị chưa?

Bạn có được bác sĩ thông báo rằng bạn mắc bệnh thận mãn tính hoặc suy thận hoặc bạn đã được điều trị (chẳng hạn như chạy thận nhân tạo) chưa?

Bạn đã bao giờ được bác sĩ thông báo rằng bạn bị thiếu máu (bao gồm cả chỉ định của bác sĩ khám sức khỏe) chưa?

Tôi đã tăng hơn 10 kg kể từ năm 20 tuổi

Đã tập thể dục nhẹ nhàng để đồ mỡ hồi ít nhất 30 phút mỗi lần, ít nhất hai lần một tuần trong hơn một năm

Đi bộ hoặc thực hiện các hoạt động thể chất tương đương ít nhất 1 giờ mỗi ngày trong cuộc sống hàng ngày

Đi bộ nhanh hơn những người cùng tuổi

Tôi được nghỉ ngơi tốt qua giấc ngủ

Bỏ bữa sáng ba lần trở lên một tuần

Ăn tối trong vòng 2 giờ trước khi đi ngủ 3 ngày trở lên trong tuần

Tôi đang cố gắng để mình đói nhất có thể

Tôi cố gắng ăn nhiều rau và rong biển hơn

Tôi đang tránh muối

Bạn có ăn đồ ăn nhẹ hoặc đồ uống ngọt ngoài ba bữa sáng, trưa và tối không?

mỗi ngày đôi khi khó nuốt

Bạn ăn nhanh như thế nào so với những người khác?

nhanh Bình thường chậm

Trạng thái khi nhai thức ăn

① Tôi có thể nhai và ăn bất cứ thứ gì

② Có những lĩnh vực cần quan tâm như răng, nướu và khớp cắn có thể gây khó nhai

③ Khó nhai

Bạn có muốn cải thiện thói quen sinh hoạt của mình như tập thể dục và thói quen ăn uống không?

① Tôi không có ý định cải thiện

② Tôi có ý định cải thiện (trong vòng 6 tháng)

③ Tôi có ý định cải thiện trong thời gian tới và đang bắt đầu dần dần (trong vòng một tháng)

④ Đang thực hiện các cải tiến (trong vòng 6 tháng)

⑤ Đang thực hiện các cải tiến (hơn 6 tháng)

Bạn đã bao giờ nhận được hướng dẫn sức khỏe cụ thể về việc cải thiện thói quen sinh hoạt của mình chưa?

① Đúng ② KHÔNG

Nghề nghiệp hiện tại (một điều chính)

<input type="checkbox"/> ① Quy trình sản xuất/lao động	<input type="checkbox"/> ① Hữu cơ
<input type="checkbox"/> ② Vận chuyển công việc truyền thông	<input type="checkbox"/> ② Chi
<input type="checkbox"/> ③ Công việc phục vụ	<input type="checkbox"/> ③ Bụi
<input type="checkbox"/> ④ Vị trí bán hàng	<input type="checkbox"/> ④ Amiang
<input type="checkbox"/> ⑤ Công việc văn thư	<input type="checkbox"/> ⑤ Bức xạ ion hóa
<input type="checkbox"/> ⑥ Nhân viên bán hàng	<input type="checkbox"/> ⑥ Các chất hóa học được chỉ định
<input type="checkbox"/> ⑦ Việc làm nông, lâm, ngư nghiệp	<input type="checkbox"/> ⑦ Công việc thiết bị thông tin (VDT)
<input type="checkbox"/> ⑧ Vị trí kỹ thuật chuyên môn	<input type="checkbox"/> ⑧ Công cụ rung
<input type="checkbox"/> ⑨ Quản lý	<input type="checkbox"/> ⑨ Nơi có tiếng ồn
<input type="checkbox"/> ⑩ Công việc bảo vệ	<input type="checkbox"/> ⑩ Vật nặng: mang vác nặng, công việc chăm sóc điều dưỡng, v.v.
<input type="checkbox"/> ⑪ Sinh viên/Nội trợ/Thất nghiệp	<input type="checkbox"/> ⑪ Khác

hoạt động đặc biệt hiện quá

bệnh tật trong quá khứ hoặc hiện tại

1. Đang điều trị (đang dùng thuốc)
2. Chưa bệnh
3. Theo dõi (bao gồm liệu pháp ăn kiêng)
4. Hãy để nó yên

<input type="checkbox"/> ① Không có gì đặc biệt	Tuổi chẩn đoán	Tình huống
<input type="checkbox"/> ③ Cao huyết áp	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑨ Bệnh tiểu đường	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑧ Rối loạn lipid máu (bất thường về cholesterol và chất béo trung tính)	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ④ cú đánh	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑤ Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑥ rối loạn nhịp tim	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑬ Bệnh thận mãn tính (viêm thận, thận hư, v.v.)	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑭ Suy thận mãn tính/chạy thận nhân tạo	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑫ thiếu máu	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ② Vị trí ung thư, v.v. ()	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑩ viêm gan	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑪ Loét dạ dày/loét tá tràng	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑫ Bệnh tiêu hóa khác ()	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑮ Sỏi thận/sỏi niệu quản	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑰ Lao phổi/viêm màng phổi	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑱ bệnh hen suyễn	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑲ Tăng axit uric máu (bao gồm cả bệnh gút)	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ⑳ Bệnh tuyến giáp	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ㉕ Các bệnh khác 1 ()	8 8 8	8 8 8
<input type="checkbox"/> ㉖ Các bệnh khác 2 ()	8 8 8	8 8 8

Thuốc lá (kể cả thuốc lá mới)

① Hút thuốc* (Tôi đã hút thuốc được một tháng rồi)

② Tôi đã từng hút thuốc (Tôi đã không hút thuốc trong tháng vừa qua)

③ Không hút thuốc (trừ ☉☉)

Trung bình mỗi ngày thuốc lá

Thời gian hút thuốc

*Đã hút thuốc hơn 6 tháng trong đời hoặc đã hút tổng cộng 100 điếu thuốc

Hệ thống làm việc c

① Cả ngày toàn thời gian ② Cả đêm liên tục ③ Hệ thống ca (cả ca ngày và ca đêm)

Số giờ làm việc trung bình mỗi ngày (tháng trước)

① Dưới 6 giờ ② Dưới 6 đến 8 giờ ③ Dưới 8 đến 10 giờ ④ 10 giờ trở lên

Số ngày làm việc trung bình mỗi tuần (tháng trước)

① Dưới 3 ngày ② Ít hơn 3-5 ngày ③ 5 ngày ④ 6 ngày trở lên

Triệu chứng trong 3 tháng qua

① Không có gì đặc biệt

② Tiếng chuông vang vọng trong tai tôi

③ Ho và có đờm

④ Xuất hiện đờm máu (trong vòng 6 tháng) -Đến cơ sở y tế ngay lập tức

⑤ Đôi khi đau đầu hoặc nặng nề

⑥ Chóng mặt hoặc chóng mặt đứng

⑦ Đau ngực hoặc cảm giác tức ngực

⑧ Mạch có thể không đều

⑨ Đánh trống ngực và khó thở

⑩ Đau lưng

⑪ Vai cứng nghiêm trọng.

⑫ Đau hoặc khó chịu ở dạ dày

⑬ Không thèm ăn

⑭ Dễ bị tiêu chảy

⑮ Thường xuyên khó ngủ

⑯ Mệt mỏi và mệt mỏi

⑰ Khác (trong vòng 10 ký tự) ()

lượng bia

Tần suất uống rượu (sake, shochu, bia, rượu phương Tây, v.v.)

① Hàng ngày ⑦ Tôi đã bỏ cuộc

② 5-6 ngày một tuần ⑧ Tôi không uống rượu (tôi không thể uống rượu)

③ 3-4 ngày một tuần ④ 1-2 ngày một tuần

⑤ 1 đến 3 ngày một tháng ⑥ Ít hơn 1 ngày một tháng

Lượng rượu tiêu thụ mỗi ngày vào những ngày uống rượu

① Ít hơn 1 cốc ② Ít hơn 1-2 cốc ③ Ít hơn 2-3 cốc ④ Ít hơn 3-5 cốc ⑤ 5 cốc trở lên

1 cốc rượu sake (15% cồn, 180mL)
Bia (cồn 5%, 500mL)
Shochu (cồn 25%, 110mL)
Rượu vang (14% cồn, 180mL)
Rượu whisky (43% cồn, 60mL)
Chu-Hi đóng hộp (cồn 5%, 500mL)
Chu-Hi đóng hộp (cồn 7%, 350mL)

Đối với phụ nữ

Bạn đang có kinh nguyệt? Đúng KHÔNG

Bạn có thai à có thai Khả năng mang thai KHÔNG

※Không thể sàng lọc ung thư phổi/ung thư dạ dày

Dành cho những người có thể chụp X-quang ngực/chụp CT ngực

Năm ngoài bạn có chụp X-quang hoặc chụp CT ngực để kiểm tra sức khỏe không?

Đúng KHÔNG

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 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 N

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

ベトナム語サンプル

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 1測定 4電圧 7.5cm 8.5cm 9未検査 cm

胸部 1肺接 4CT 5CR 8.5cm 9未検査 正側

胃部 1肺接 3内視鏡 4DR 8.5cm 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 右未検査 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