健康診断問診票

2025年05月07日印刷　101

A 0 0 9 9 0 0 0 0 0 0 2 1 0 0 1 A

中国語　簡体サンプル

個人番号

団体番号

団体名	
団体住所	
フリガナ	
氏名	様

① ② ③ ④ ⑤

所・W・読

健保名	保険者番号	本人
記号	番号	枝番 / 家族 / 配偶者

性別　男　女

生年月日　西暦　年　月　日

雇用年月日

基本	採血	心電図	胸部	胃部	大腸	腹部超音波	眼底	眼圧	呼吸機能	乳	子宮

現在過去

请用铅笔填写红框内的内容。　请用铅笔填写红框内的内容。

目前的职业　(一件主要的事情)

① 生产流程/劳动工作　② 交通通讯工作　③ 服务工作　④ 销售岗位　⑤ 文秘工作　⑥ 销售人员
⑦ 农林渔业岗位　⑧ 专业技术岗位　⑨ 管理　⑩ 保安工作　⑪ 学生/家庭主妇/失业者

特别行动

	现在	过去
① 有机		
② 铅		
③ 灰尘		
④ 石棉		
⑤ 电离辐射		
⑥ 特定化学物质		
⑦ 信息设备工作 (VDT)		
⑧ 振动工具		
⑨ 噪声站点		
⑩ 其他 ( )		
⑪ 重物 重物、护理工作等。		

工作制度

①全日制白班
②全天上夜班
③轮班制　(白班、夜班)

平均每天工作时间　(上月)

① 6小时以内
② 6～8小时以内
③ 少于8至10小时
④ 10小时以上

每周平均工作日数　(上个月)

① 3天以内
② 3-5天以内
③ 5天
④ 6天以上

◎ 请填写标有◎的问题信息（如未标有◎则无需填写）

□对于那些可以接受胸部X光/胸部CT检查的人

去年您是否进行过胸部 X 光检查或胸部 CT 扫描以进行健康检查?　□是的　□不

□对于那些可以接受结肠癌筛查（粪便潜血检查）的人

您在过去 3 年内是否进行过结肠癌筛查（粪便潜血测试或结肠相机）?　□是的　□不

您家里有人患有结直肠癌吗?

□不　我不知道　是的(祖父母 □　父母 □　孩子 □　兄弟姐妹 □)

□对于那些可以接受胃癌筛查（钡）的人

您在钡剂测试期间是否出现过过敏症状（荨麻疹、呼吸困难等）?　□是的　□不　□我不知道

※无法接受胃癌筛查

附表（或背面）胃癌筛查需注意的①、②、③、④是否属于下列情况之一?　□是的　□不

您是否曾接受过食道、胃、十二指肠或大肠手术?　□是的　□不

您在过去 3 年内是否进行过胃癌筛查（钡餐或胃镜检查）?　□是的　□不

您过去是否接受过幽门螺杆菌根除治疗?　□是的　□不　□我不知道

您目前是否感染幽门螺杆菌?　□是的　□不　□我不知道

□胃癌危险分层检查（ABC分类）　对于可以进行胃蛋白酶原检查的人

1 您是否有胃部或其他消化系统症状?	□是的	□不
2 您是否正在接受胃溃疡、十二指肠溃疡、反流性食管炎等治疗（服用药物）?	□是的	□不
3 您是否正在服用 PPI（质子泵抑制剂或 Takecab）来抑制胃酸?	□是的	□不
4 您是否曾接受过胃部手术（胃切除术）?	□是的	□不
5 您是否被诊断患有慢性肾功能衰竭?	□是的	□不
6 您是否接受过幽门螺杆菌根除治疗?	□是的	□不
7 您是否有需要长期使用抗生素的疾病史（肺炎、中耳炎、脓胸等）?	□是的	□不
8 您是否被诊断患有免疫缺陷/免疫功能低下，或者您是否正在服用类固醇?	□是的	□不

※如果您对上述问卷的回答为“是”，则无法进行测试，因为无法正确确定测试。

【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 FAX（076）269-4663

CZ11-0011-001

请用铅笔填写红框内的内容。

您是否正在服用以下 A.B.C 药物？	是的	不
a. 降低血压的药物	☐	☐
降血糖药物或注射胰岛素	☐	☐
c. 胆固醇和甘油三酯药物	☐	☐
您是否曾被医生告知您患有中风（脑出血、脑梗塞等）或接受过治疗？	☐	☐
您是否曾被医生告知您患有心脏病（心绞痛、心肌梗塞、心律失常等）或接受过治疗？	☐	☐
您是否被医生告知您患有慢性肾病或肾衰竭，或者您是否接受过治疗（例如人工透析）？	☐	☐
您是否曾被医生告知您患有贫血（包括体检医生的指示）？	☐	☐
从20岁开始，我的体重增加了10多公斤。	☐	☐
一年多以来，每周至少进行两次轻微的出汗运动，每次至少 30 分钟。	☐	☐
日常生活中每天至少步行1小时或进行同等体力活动	☐	☐
比同龄人走得更快	☐	☐
我通过睡眠得到了充分的休息。	☐	☐
每周不吃早餐三次或以上	☐	☐
每周 3 天或更多天在睡前 2 小时内吃晚餐	☐	☐
我正在努力尽可能保持饥饿。	☐	☐
我尝试多吃蔬菜和海藻。	☐	☐
我避免吃盐	☐	☐

除了早餐、午餐、晚餐三餐外，您还吃零食或甜饮料吗？

☐①每天 ☐②有时 ☐③难以摄入

与其他人相比，您吃饭的速度有多快？

☐①快 ☐②正常 ☐③慢

咀嚼食物时的状态

☐ ① 我可以咀嚼和吃任何东西。

☐ ② 牙齿、牙龈和咬合等部位可能会导致咀嚼困难。

☐ ③ 几乎没有咀嚼过

您想改善运动、饮食习惯等生活习惯吗？

☐ ① 我无意改进

☐ ② 我打算改进（6个月内）

☐ ③ 我打算在不久的将来有所改善，并正在逐步开始（一个月内）

☐ ④ 已经致力于改进（6 个月内）

☐ ⑤ 已经致力于改进（超过 6 个月）

您是否曾接受过有关改善生活习惯的具体健康指导？

☐①是的 ☐②不

过去或现在的疾病

1. 治疗中（服用药物）
2. 治疗
3. 随访（包括饮食治疗）
4. 别管它

	诊断年龄	情况
☐ ① 没什么特别的		
☐ ③ 高血压	□□ 岁	□
☐ ⑨ 糖尿病	□□ 岁	□
☐ ⑧ 血脂异常（胆固醇和甘油三酯异常）	□□ 岁	□
☐ ④ 行程	□□ 岁	□
☐ ⑤ 心肌梗塞/心绞痛	□□ 岁	□
☐ ⑥ 心律失常	□□ 岁	□
☐ ⑬ 慢性肾脏病（肾炎、肾病等）	□□ 岁	□
☐ ⑭ 慢性肾功能衰竭/人工透析	□□ 岁	□
☐ ⑳ 贫血	□□ 岁	□
☐ ② 癌症 部位等（ ）	□□ 岁	□
☐ ⑩ 肝炎	□□ 岁	□
☐ ⑪ 胃溃疡/十二指肠溃疡	□□ 岁	□
☐ ⑫ 其他消化系统疾病（ ）	□□ 岁	□
☐ ⑮ 哮喘	□□ 岁	□
☐ ⑰ 肾结石/输尿管结石	□□ 岁	□
☐ ⑱ 肺结核/胸膜炎	□□ 岁	□
☐ ㉑ 高尿酸血症（包括痛风）	□□ 岁	□
☐ ㉒ 甲状腺疾病	□□ 岁	□
☐ ㉕ 其他疾病1（ ）	□□ 岁	□
☐ ㉖ 其他疾病2（ ）	□□ 岁	□

烟草（包括新卷烟）

☐ ① 吸烟※（过去一个月我一直在吸烟）

☐ ② 我曾经吸烟※（过去一个月我没有吸烟）

平均每天 □□□ 香烟

吸烟时间 □□ 年

☐ ③ 不吸烟（①②除外）

※一生中吸烟时间超过6个月，或总共吸过100支烟

对女性来说

你来月经了吗？ ☐是的 ☐不

你怀孕了吗 ☐孕 ☐怀孕的可能性 ☐不

※无法接受肺癌/胃癌筛查

近3个月的症状

☐ ① 没什么特别的

☐ ② 耳朵里嗡嗡作响

☐ ③ 咳嗽、有痰

☐ ④ 出现血痰（6个月内）→立即就医

☐ ⑤ 有时头痛或沉重

☐ ⑥ 头晕或站立头晕

☐ ⑦ 胸痛或胸部有压迫感

☐ ⑧ 脉搏可能不规则

☐ ⑨ 心悸、呼吸急促

☐ ⑩ 背痛

☐ ⑪ 肩膀严重僵硬

☐ ⑫ 胃部疼痛或不适

☐ ⑬ 没有胃口

☐ ⑭ 容易腹泻

☐ ⑮ 经常睡眠困难

☐ ⑯ 疲劳和疲倦

☐ ⑰ 其他（10个字符以内）（ ）

酒精

饮酒频率（清酒、烧酒、啤酒、洋酒等）

☐①每天 ☐⑦我放弃了

☐②每周5-6天 ☐⑧我不喝酒（我不能喝酒）

☐③每周3-4天

☐④每周1-2天

☐⑤每月1～3天

☐⑥ 每月少于1天

饮酒日每天的饮酒量

☐①1杯以下

☐②1-2杯以下

☐③2-3杯以下

☐④ 少于3-5杯

☐⑤ 5杯以上

1杯清酒（15%酒精，180mL）
啤酒（5%酒精，500mL）
烧酒（25%酒精，110mL）
酒（14%酒精，180mL）
威士忌（43%酒精，60mL）
Chu-Hi 罐装（5%酒精，500mL）
Chu-Hi 罐装（7%酒精，350mL）