

健康診断問診票



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

①
②
③
④
⑤

所・W・読
健保名 保険者番号
記号 番号 枝番
 本人
 家族
 配偶者

性別 男 女
生年月日 西暦 年 月 日
雇用年月日 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。

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

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

① 全日制白班
② 全天上夜班
③ 轮班制 (白班、夜班)

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

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

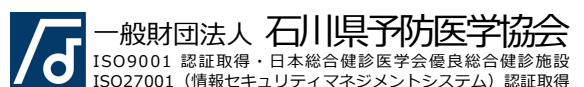
对于那些可以接受结肠癌筛查 (粪便潜血检查) 的人
您在过去 3 年内是否进行过结肠癌筛查 (粪便潜血测试或结肠相机)? 是的 不
您家里有人患有结直肠癌吗? 祖父母 父母 孩子 兄弟姐妹
 不 我不知道 是的()

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 (第一次)
※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

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?

a. 降低血压的药物	是 <input type="checkbox"/>	不 <input type="checkbox"/>
降血糖药物或注射胰岛素	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. 胆固醇和甘油三酯药物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?

您是否曾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

<input type="checkbox"/> ① 没什么特别的	诊断年龄	情况
<input type="checkbox"/> ③ 高血压	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑨ 糖尿病	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑧ 血脂异常 (胆固醇和甘油三酯异常)	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ④ 行程	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑤ 心肌梗塞/心绞痛	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑥ 心律失常	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑬ 慢性肾脏病 (肾炎、肾病等)	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑭ 慢性肾功能衰竭/人工透析	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑳ 贫血	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ② 癌症 部位等 ()	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑩ 肝炎 (B·C等)	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑪ 胃溃疡/十二指肠溃疡	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑫ 其他消化系统疾病 ()	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑮ 哮喘	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑰ 肾结石/输尿管结石	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ⑱ 肺结核/胸膜炎	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ㉑ 高尿酸血症 (包括痛风)	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ㉒ 甲状腺疾病	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ㉓ 其他疾病1 ()	8 8 岁	8
<input type="checkbox"/> ㉔ 其他疾病2 ()	8 8 岁	8

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

近3个月的症状

<input type="checkbox"/> ① 没什么特别的
<input type="checkbox"/> ② 耳朵里嗡嗡作响
<input type="checkbox"/> ③ 持续咳嗽、有痰 到医疗机构就诊
<input type="checkbox"/> ④ 出现血痰(6个月内) 立即就医
<input type="checkbox"/> ⑤ 有时头痛或沉重
<input type="checkbox"/> ⑥ 头晕或站立头晕
<input type="checkbox"/> ⑦ 胸痛或胸部有压迫感
<input type="checkbox"/> ⑧ 脉搏可能不规则
<input type="checkbox"/> ⑨ 心悸、呼吸急促
<input type="checkbox"/> ⑩ 背痛
<input type="checkbox"/> ⑪ 肩膀严重僵硬
<input type="checkbox"/> ⑫ 胃部疼痛或不适
<input type="checkbox"/> ⑬ 没有胃口
<input type="checkbox"/> ⑭ 容易腹泻
<input type="checkbox"/> ⑮ 经常睡眠困难
<input type="checkbox"/> ⑯ 疲劳和疲倦
<input type="checkbox"/> 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

↓

饮酒日每天的饮用量

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)

烟草(包括新卷烟)

<input type="checkbox"/> ① 吸烟* (过去一个月我一直在吸烟)	平均每天	8 8 香烟
<input type="checkbox"/> ② 我曾经吸烟* (过去一个月我没有吸烟)	吸烟时间	8 8 年
<input type="checkbox"/> ③ 不吸烟 (②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