健康診断問診票

2025年03月28日印刷　101

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

インドネシア語サンプル

個人番号

団体番号

団体名

団体住所

フリガナ

氏名　様

性別　男　女

生年月日　西暦　年　月　日

雇用年月日

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

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

Silakan isi kotak merah dengan pensil

Mohon jangan membengkokkan, mencoreng, atau memotong tiket konsultasi karena tiket tersebut diproses dengan mesin

Pekerjaan saat ini (satu hal utama)

① Proses produksi/pekerjaan buruh　② Transportasi pekerjaan komunikasi　③ Pekerjaan pelayanan　④ Posisi penjualan　⑤ Pekerjaan klerikal　⑥ Staf penjualan
⑦ Pekerjaan pertanian, kehutanan dan perikanan　⑧ Posisi teknis khusus　⑨ Manajemen　⑩ Sepuluh.Pekerjaan keamanan　⑪ Pelajar/Ibu Rumah Tangga/Pengangguran

operasi khusus

	saat ini	masa lalu
① Organik		
② Memimpin		
③ Debu		
④ Asbes		
⑤ Radiasi pengion		
⑥ Bahan kimia tertentu		
⑦ Pekerjaan peralatan informasi		
⑧ Alat getaran		
⑨ Situs kebisingan		
⑩ Lainnya ( )		
⑪ Benda berat: beban berat, pekerjaan perawatan, dll.		

Sistem kerja

①Shift harian penuh waktu
②Shift malam sepanjang waktu
③Sistem shi (shift siang dan shift malam)

Rata-rata jam kerja per hari (bulan lalu)

① Kurang dari 6 jam
② Kurang dari 6 hingga 8 jam
③ Kurang dari 8 hingga 10 jam
④ 10 jam atau lebih

Jumlah rata-rata hari kerja per minggu (bulan lalu)

① Kurang dari 3 hari
② Kurang dari 3-5 hari
③ 5 hari
④ 6 hari atau lebih

◎ Silakan isi informasi pertanyaan yang bertanda ◎ (bila tidak bertanda ◎ tidak perlu diisi)

Bagi yang dapat menjalani pemeriksaan rontgen dada/CT dada

Apakah Anda melakukan rontgen dada atau CT scan dada untuk pemeriksaan kesehatan tahun lalu?　Ya　Tidak

Bagi yang dapat menjalani pemeriksaan kanker usus besar (tes darah samar tinja)

Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan kanker usus besar (tes darah samar tinja atau kamera usus besar) dalam 3 tahun terakhir?　Ya　Tidak

Apakah ada anggota keluarga Anda yang menderita kanker kolorektal?　Tidak　Tidak tahu　Ya (　orang tua　anak　saudara kandung　Tidak　)

Bagi yang bisa menjalani skrining kanker lambung (valium)

Pernahkah Anda mengalami gejala alergi saat tes barium (gatal-gatal, kesulitan bernapas, dll)?　Ya　Tidak　Tidak tahu

※Tidak dapat menjalani pemeriksaan kanker lambung (Pertama kali)

Apakah hal-hal berikut ini berlaku untuk ①, ②, ③, dan ④ dari mereka yang perlu berhati-hati selama pemeriksaan kanker lambung pada lembar terlampir (atau di belakang)?	Ya	Tidak	
Pernahkah Anda menjalani operasi pada esofagus, lambung, duodenum, atau usus besar?	Ya	Tidak	
Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan kanker perut (valium atau gastroskopi) dalam 3 tahun terakhir?	Ya	Tidak	
Apakah Anda pernah menjalani pengobatan pemberantasan Helicobacter pylori sebelumnya?	Ya	Tidak	Tidak tahu
Apakah saat ini Anda terinfeksi Helicobacter pylori?	Ya	Tidak	Tidak tahu

Tes stratifikasi risiko kanker lambung (klasifikasi ABC) Bagi yang dapat menjalani tes pepsinogen

1	Apakah Anda mengalami sakit maag atau gejala pencernaan lainnya?	Ya	Tidak
2	Apakah Anda sedang menjalani pengobatan (minum obat) penyakit tukak lambung, tukak duodenum, refluks esofagitis, dll?	Ya	Tidak
3	Apakah Anda mengonsumsi PPI (penghambat pompa proton atau Takecab) untuk menekan asam lambung?	Ya	Tidak
4	Apakah Anda pernah menjalani operasi lambung (gastrektomi)?	Ya	Tidak
5	Apakah Anda pernah didiagnosis menderita gagal ginjal kronik?	Ya	Tidak
6	Apakah anda pernah mendapat pengobatan pemberantasan Helicobacter pylori?	Ya	Tidak
7	Apakah Anda mempunyai riwayat penyakit yang memerlukan penggunaan antibiotik jangka panjang (pneumonia, otitis media, empiema, dll)?	Ya	Tidak
8	Apakah Anda pernah didiagnosis mengidap imunodefisiensi/imunokompromais, atau apakah Anda sedang mengonsumsi steroid?	Ya	Tidak

***Jika jawaban Anda "ya" pada kuesioner di atas, maka tes tidak dapat dilakukan karena tes tidak dapat ditentukan dengan benar**

【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

Silakan tulis di bingkai merah dengan pensil

Apakah Anda sedang mengonsumsi obat-obatan A.B.C berikut ini?	Ya	Tidak
a. Obat yang menurunkan tekana	☐	☐
b. Obat penurun gula darah atau suntikan insulin	☐	☐
c. Obat kolesterol dan trigliserida	☐	☐
Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda terkena stroke (pendarahan otak, infark serebral, dll) atau mendapat	☐	☐
Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda menderita penyakit jantung (angina pectoris, infark miokard, aritmia, dll) atau mendapat pengobatan?	☐	☐
Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda mengidap penyakit ginjal kronis atau gagal ginjal, atau pernahkah Anda menerima pengobatan (misalnya cuci darah buatan)?	☐	☐
Pernahkah Anda diberitahu oleh dokter bahwa Anda menderita anemia (termasuk indikasi dari dokter pemeriksaan kesehatan)?	☐	☐
Berat badan saya bertambah lebih dari 10 kg sejak saya berusia 20 tahun	☐	☐
Telah melakukan olahraga ringan yang menimbulkan keringat setidaknya selama 30 menit, setidaknya dua kali seminggu selama lebih dari setahun.	☐	☐
Berjalan kaki atau melakukan aktivitas fisik setara minimal 1 jam sehari dalam kehidupan sehari-hari	☐	☐
Berjalan lebih cepat dibandingkan orang lain pada usia yang sama	☐	☐
Saya cukup istirahat melalui tidur.	☐	☐
Melewatkan sarapan tiga kali atau lebih dalam seminggu	☐	☐
Makan malam dalam waktu 2 jam sebelum tidur 3 hari atau lebih dalam seminggu	☐	☐
Saya mencoba untuk menjadi lapar mungkin.	☐	☐
Saya mencoba makan lebih banyak sayuran dan rumput laut.	☐	☐
Saya menghindari garam	☐	☐

Apakah Anda mengonsumsi makanan ringan atau minuman manis selain tiga kali makan yaitu sarapan, makan siang, dan makan malam?

☐ 1. setiap hari ☐ 2. kadang-kadang ☐ 3. hampir tidak tertelan

Seberapa cepat Anda makan dibandingkan orang lain?

☐ 1. Cepat ☐ 2. Biasa ☐ 3. lambat

Nyatakan saat mengunyah makanan

☐ ① Saya bisa mengunyah dan memakan apa saja.

☐ ② Ada area yang mengkhawatirkan seperti gigi, gusi, dan gigitan yang mungkin membuat Anda sulit mengunyah.

☐ ③ Hampir tidak dikunyah

Apakah Anda ingin memperbaiki kebiasaan gaya hidup Anda seperti olahraga dan kebiasaan makan?

☐ ① Saya tidak mempunyai niat untuk menjadi lebih baik

☐ ② Saya berniat untuk menjadi lebih baik (dalam waktu 6 bulan)

☐ ③ Saya bermaksud untuk meningkatkannya dalam waktu dekat dan saya memulainya secara bertahap (dalam waktu satu bulan)

☐ ④ Sudah melakukan perbaikan (dalam waktu 6 bulan)

☐ ⑤ Sudah melakukan perbaikan (lebih dari 6 bulan)

Pernahkah Anda menerima panduan kesehatan khusus mengenai peningkatan kebiasaan gaya hidup Anda?

☐ ①Ya ☐ ②Tidak

penyakit yang lalu atau sekaran

1.Sedang dalam pengobatan (minum obat)
2.Penyembuhan
3.Tindak lanjut (termasuk terapi diet)
4.Biarkan saja

	Usia diagnosis	Situasi
☐ ① Tidak ada yang khusus		
☐ ③ Tekanan darah tinggi	88 歳	8
☐ ⑨ Kencing Manis	88 歳	8
☐ ⑧ Dislipidemia (kelainan kolesterol dan trigliserida)	88 歳	8
☐ ④ stroke	88 歳	8
☐ ⑤ Infark miokard/angina pektoris	88 歳	8
☐ ⑥ aritmia	88 歳	8
☐ ⑬ Penyakit ginjal kr (nefritis, nefrosis, dll)	88 歳	8
☐ ⑭ Gagal ginjal kronik/dialisis buatan	88 歳	8
☐ ⑳ anemia	88 歳	8
☐ ② Situs kanke ( )	88 歳	8
☐ ⑩ hepatitis	88 歳	8
☐ ⑪ Tukak lambung/tukak duodenum	88 歳	8
☐ ⑫ Penyakit pencernaan lainny ( )	88 歳	8
☐ ⑮ Batu ginjal/batu ureter	88 歳	8
☐ ⑰ TBC paru/radang selaput da	88 歳	8
☐ ⑱ asma	88 歳	8
☐ ㉑ Hiperurisemia (termasuk asam urat)	88 歳	8
☐ ㉒ Penyakit tiroid	88 歳	8
☐ ㉕ Penyakit lainnya 1 ( )	88 歳	8
☐ ㉖ Penyakit lain 2 ( )	88 歳	8

Tembakau(termasuk rokok baru)

☐ ① Merokok※ (Saya telah merokok selama sebulan terakhir)

☐ ② Saya dulunya merokok※ (Saya tidak merokok selama sebulan terakhir)

Rata-rata per hari 888 rokok

Durasi merokok 88 tahun

☐ ③ Jangan merokok (selain ①②)

*Telah merokok lebih dari 6 bulan seumur hidup Anda, atau telah merokok total 100 batang rokok

Gejala dalam 3 bulan

☐ ① Tidak ada yang khusus
☐ ② Telingaku berdenging
☐ ③ Batuk dan dahak
☐ ④ Muncul dahak darah(dalam waktu 6 bulan) ➡Segera dapatkan pertolongan medis
☐ ⑤ Terkadang Sakit Kepala atau Berat
☐ ⑥ Pusing atau Pusing Berdiri
☐ ⑦ Nyeri dada atau Perasaan tertekan di Dada
☐ ⑧ Denyut nadi mungkin tidak teratur
☐ ⑨ Palpitasi dan sesak napas
☐ ⑩ Sakit Punggung
☐ ⑪ Bahu kaku yang parah.
☐ ⑫ Nyeri atau ketidaknyamanan pada Perut
☐ ⑬ Tidak ada nafsu makan
☐ ⑭ Rawan Diare
☐ ⑮ Sering kesulitan tidur
☐ ⑯ Kelelahan dan Kelelahan
☐ ⑰ Lainnya(dalam 10 karakter)
( )

alkohol

Frekuensi minum (sake, shochu, bir, minuman keras Barat, dll.)

☐ ①Setiap hari
☐ ②5-6 hari seminggu
☐ ③3-4 hari seminggu
☐ ④1-2 hari seminggu
☐ ⑤1 hingga 3 hari dalam sebulan
☐ ⑥Kurang dari 1 hari dalam sebulan
☐ ⑦Saya berhenti
☐ ⑧Saya tidak minum (saya tidak bisa minum)

Jumlah alkohol yang dikonsumsi per hari pada hari minum

☐ ① Kurang dari 1 gelas
☐ ② Kurang dari 1-2 gelas
☐ ③ Kurang dari 2-3 gelas
☐ ④ Kurang dari 3-5 gelas
☐ ⑤ 5 cangkir atau lebih

1 cangkir sake (alkohol 15%, 180mL)
Bir (alkohol 5%, 500mL)
Shochu (alkohol 25%, 110mL)
Anggur (alkohol 14%, 180mL)
Wiski (alkohol 43%, 60mL)
Chu-Hi Kalengan (alkohol 5%, 500mL)
Chu-Hi Kalengan (alkohol 7%, 350mL)

Untuk wanita

Apakah Anda sedang menstruasi

☐ Ya ☐ Tidak

Apakah Anda hamil

☐ hamil ☐ Kemungkinan hamil ☐ Tidak

※Tidak dapat menjalani pemeriksaan kanker paru-paru/kanker lambung