

## 健康診断問診票



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 

①
②
③
④
⑤

所・W・読

健保名	保険者番号	<input type="checkbox"/> 本人
記号	番号	枝番
		<input type="checkbox"/> 家族
		<input type="checkbox"/> 配偶者

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

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"/>

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	⑦ Pekerjaan pertanian, kehutanan dan perikanan	⑧ Posisi teknis khusus	⑨ Manajemen	⑩ Sepuluh. Pekerjaan keamanan	⑪ Pelajar/Ibu Rumah Tangga/Pengangguran	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

operasi khusus																	
① Organik	saat ini	masa lalu	② Memimpin	saat ini	masa lalu	③ Debu	saat ini	masa lalu	④ Asbes	saat ini	masa lalu	⑤ Radiasi pengion	saat ini	masa lalu	⑥ Bahan kimia tertentu	saat ini	masa lalu
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ Pekerjaan peralatan informasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ Alat getaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ Situs kebisingan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑩ Lainnya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑪ Benda berat: beban berat, pekerjaan perawatan, dll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sistem kerja	
① Shift harian penuh waktu	<input type="checkbox"/>
② Shift malam sepanjang waktu	<input type="checkbox"/>
③ Sistem shift (shift siang dan shift malam)	<input type="checkbox"/>

Rata-rata jam kerja per hari (bulan lalu)	
① Kurang dari 6 jam	<input type="checkbox"/>
② Kurang dari 6 hingga 8 jam	<input type="checkbox"/>
③ Kurang dari 8 hingga 10 jam	<input type="checkbox"/>
④ 10 jam atau lebih	<input type="checkbox"/>

Jumlah rata-rata hari kerja per minggu (bulan lalu)	
① Kurang dari 3 hari	<input type="checkbox"/>
② Kurang dari 3-5 hari	<input type="checkbox"/>
③ 5 hari	<input type="checkbox"/>
④ 6 hari atau lebih	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/>	Bagi yang dapat menjalani pemeriksaan rontgen dada/CT dada
Apakah Anda melakukan rontgen dada atau CT scan dada untuk pemeriksaan kesehatan tahun lalu? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

<input type="checkbox"/>	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? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah ada anggota keluarga Anda yang menderita kanker kolorektal? <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu <input type="checkbox"/> Ya ( <input type="checkbox"/> orang tua <input type="checkbox"/> anak <input type="checkbox"/> saudara kandung <input type="checkbox"/> Tidak )	

<input type="checkbox"/>	Bagi yang bisa menjalani skrining kanker lambung (valium)
Pernahkah Anda mengalami gejala alergi saat tes barium (gatal-gatal, kesulitan bernapas, dll)? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu (Pertama kali)	
※Tidak dapat menjalani pemeriksaan kanker lambung	

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)? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Pernahkah Anda menjalani operasi pada esofagus, lambung, duodenum, atau usus besar? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan kanker perut (valium atau gastrokopi) dalam 3 tahun terakhir? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Apakah Anda pernah menjalani pengobatan pemberantasan Helicobacter pylori sebelumnya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu	
Apakah saat ini Anda terinfeksi Helicobacter pylori? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak tahu	

<input type="checkbox"/>	Tes stratifikasi risiko kanker lambung (klasifikasi ABC) Bagi yang dapat menjalani tes pepsinogen
1	Apakah Anda mengalami sakit maag atau gejala pencernaan lainnya? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
2	Apakah Anda sedang menjalani pengobatan (minum obat) penyakit tukak lambung, tukak duodenum, refluks esofagitis, dll? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
3	Apakah Anda mengonsumsi PPI (penghambat pompa proton atau Takecab) untuk menekan asam lambung? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
4	Apakah Anda pernah menjalani operasi lambung (gastrektomi)? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
5	Apakah Anda pernah didiagnosis menderita gagal ginjal kronik? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6	Apakah Anda pernah mendapat pengobatan pemberantasan Helicobacter pylori? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
7	Apakah Anda mempunyai riwayat penyakit yang memerlukan penggunaan antibiotik jangka panjang (pneumonia, otitis media, empiema, dll)? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
8	Apakah Anda pernah didiagnosis mengidap imunodefisiensi/immunokompromais, atau apakah Anda sedang mengonsumsi steroid? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> 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

**Silakan tulis di bingkai merah dengan pensil**

Apakah Anda sedang mengonsumsi obat-obatan A.B.C berikut ini?

**Ya** **Tidak**

a. Obat yang menurunkan tekanan  Ya  Tidak

b. Obat penurun gula darah atau suntikan insulin  Ya  Tidak

c. Obat kolesterol dan trigliserida  Ya  Tidak

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  Ya  Tidak

Telah melakukan olahraga ringan yang menimbulkan keringat setidaknya selama 30 menit, setidaknya dua kali seminggu selama lebih dari setahun.  Ya  Tidak

Berjalan kaki atau melakukan aktivitas fisik setara minimal 1 jam sehari dalam kehidupan sehari-hari  Ya  Tidak

Berjalan lebih cepat dibandingkan orang lain pada usia yang sama  Ya  Tidak

Saya cukup istirahat melalui tidur.  Ya  Tidak

Melewatkan sarapan tiga kali atau lebih dalam seminggu  Ya  Tidak

Makan malam dalam waktu 2 jam sebelum tidur 3 hari atau lebih dalam seminggu  Ya  Tidak

Saya mencoba untuk menjadi lapar mungkin.  Ya  Tidak

Saya mencoba makan lebih banyak sayuran dan rumput laut.  Ya  Tidak

Saya menghindari garam  Ya  Tidak

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?

① Ya  ② Tidak

**penyakit yang lalu atau sekarang**

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

Usia diagnosis Situasi

① Tidak ada yang khusus

③ Tekanan darah tinggi  歲

⑨ Kencing Manis  歲

⑧ Dislipidemia (kelainan kolesterol dan trigliserida)  歲

④ stroke  歲

⑤ Infark miokard/angina pektoris  歲

⑥ aritmia  歲

⑬ Penyakit ginjal kronis (nefritis, nefrosis, dll)  歲

⑭ Gagal ginjal kronik/dialisis buatan  歲

⑳ anemia  歲

② Situs kanke ( )  歲

⑩ hepatitis (B, C dan lain-lain)  歲

⑪ Tukak lambung/tukak duodenum  歲

⑫ Penyakit pencernaan lainnya ( )  歲

⑮ Batu ginjal/batu ureter  歲

⑰ TBC paru/radang selaput dada  歲

⑱ asma  歲

㉑ Hiperurisemia (termasuk asam urat)  歲

㉒ Penyakit tiroid  歲

㉓ Penyakit lainnya 1 ( )  歲

㉔ Penyakit lain 2 ( )  歲

**Gejala dalam 3 bulan**

① Tidak ada yang khusus

② Telingaku berdenging

③ Batuk dan dahak terus  
→ Kunjungi institusi medis

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.)

① Setiap hari  ⑦ Saya berhenti

② 5-6 hari seminggu  ⑧ Saya tidak minum (saya tidak bisa minum)

③ 3-4 hari seminggu

④ 1-2 hari seminggu

⑤ 1 hingga 3 hari dalam sebulan

⑥ Kurang dari 1 hari dalam sebulan

↓

**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)  
Whisky (alkohol 43%, 60mL)  
Chu-Hi Kalengan (alkohol 5%, 500mL)  
Chu-Hi Kalengan (alkohol 7%, 350mL)

**Tembakau (termasuk rokok baru)**

① Merokok ✖

(Saya telah merokok selama sebulan terakhir)

Rata-rata per hari  rokok

② Saya dulunya merokok ✖

(Saya tidak merokok selama sebulan terakhir)

Durasi merokok  tahun

③ Jangan merokok (selain ①/②) \*Telah merokok lebih dari 6 bulan seumur hidup Anda, atau telah merokok total 100 batang rokok

**Untuk wanita**

Apakah Anda sedang menstruasi  Ya  Tidak

Apakah Anda hamil  hamil  Kemungkinan hamil  Tidak

→ ✖ Tidak dapat menjalani pemeriksaan kanker paru-paru/kanker lambung