

健康診断問診票



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

ポルトガル語サンプル

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

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor preencha a caixa vermelha com um lápis. **Por favor, não dobre, manche ou corte o tíquete de consulta, pois ele é processado por máquina.**

Ocupação atual (uma coisa principal)

① Processo de produção/trabalho de mão de obra ② Transporte empregos de comunicação ③ Trabalho de serviço ④ Posição de vendas ⑤ Trabalho administrativo ⑥ Equipe de vendas

⑦ Empregos na agricultura, silvicultura e pesca ⑧ Cargo técnico especializado ⑨ Gestão ⑩ Trabalho de segurança ⑪ Estudante/Dona de casa/Desempregado

operações

① Orgânico atual passado ② Liderar atual passado ③ Poeira atual passado ④ Amianto atual passado ⑤ Radiação ionizante atual passado ⑥ Substâncias químicas específicas atual passado

⑦ Trabalho de equipamento de informática (VDT) atual passado ⑧ Ferramenta de vibração atual passado ⑨ Local de ruído atual passado ⑩ Objetos pesados atual passado ⑪ cargas pesadas, trabalhos de enfermagem, etc. atual passado

Sistema de trabalho

① Turno diurno em tempo integral ② Turno noturno o tempo todo ③ Sistema de turno (turno diurno e noturno)

Média de horas de trabalho por dia (último mês)

① Menos de 6 horas ② Menos de 6 a 8 horas ③ Menos de 8 a 10 horas ④ 10 horas ou mais

Número médio de dias úteis por semana (último mês)

① Menos de 3 dias ② Menos de 3-5 dias ③ 5 dias ④ 6 dias ou mais

Por favor, preencha as informações da pergunta marcadas com ○ (se não marcada com ●, não é necessário preencher)

Para aqueles que podem realizar radiografia de tórax/TC de tórax

Você fez uma radiografia ou tomografia computadorizada de tórax para seu exame de saúde no ano passado? sim não

Para aqueles que podem ser submetidos a exames de câncer de cólon (exame de sangue oculto nas fezes)

Você fez algum exame de câncer de cólon (exame de sangue oculto nas fezes ou câmara de cólon) nos últimos 3 anos? sim não

Alguém na sua família tem câncer colorretal? avós pais filhos irmãos

não Não sei sim ()

Para aqueles que podem ser submetidos a exames de câncer gástrico (bário)

Você já teve sintomas alérgicos durante um teste de bário (urticária, dificuldade em respirar, etc.)? sim não Não sei (Primeira vez)

Incapaz de se submeter ao rastreamento do cancro gástrico

Alguma das seguintes opções se aplica a ①, ②, ③ e ④ daqueles que precisam ter cuidado durante o rastreamento do câncer gástrico na folha anexa (ou no verso)? sim não

Você já fez uma cirurgia no esôfago, estômago, duodeno ou intestino grosso? sim não

Você fez algum exame de câncer de estômago (bário ou gastroscopia) nos últimos 3 anos? sim não

Você já recebeu tratamento de erradicação do Helicobacter pylori no passado? sim não Não sei

Você está atualmente infectado com Helicobacter pylori? sim não Não sei

Teste de estratificação de risco de câncer gástrico (classificação ABC) Para quem pode fazer o teste de pepsinogênio

1 Você tem sintomas estomacais ou outros sintomas digestivos? sim não

2 Você está fazendo tratamento (tomando medicação) para úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagite de refluxo, etc.? sim não

3 Você está tomando IBPs (inibidores da bomba de prótons ou Takecab) para suprimir a acidez estomacal? sim não

4 Você já fez cirurgia gástrica (gastrectomia)? sim não

5 Você foi diagnosticado com insuficiência renal crônica? sim não

6 Você já recebeu tratamento de erradicação do Helicobacter pylori? sim não

7 Você tem histórico de alguma doença que exija uso prolongado de antibióticos (pneumonia, otite média, empiema, etc.)? sim não

8 Você foi diagnosticado com imunodeficiência/imunocomprometimento ou está tomando esteróides? sim não

***Se você responder "sim" ao questionário acima, o teste não poderá ser realizado porque o teste não pode ser determinado corretamente.**

【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。

Por favor, escreva na moldura vermelha com um lápis.

Você está tomando os seguintes medicamentos ABC?	sim	não
a. Medicamentos que reduzem a pressão arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos para baixar o açúcar no sangue ou injeções de insulina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Medicamentos para colesterol e triglicerídeos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguns médicos já lhe disseram que você teve um acidente vascular cerebral (hemorragia cerebral, infarto cerebral, etc.) ou recebeu tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguns médicos já lhe disseram que você tem uma doença cardíaca (angina de peito, infarto do miocárdio, arritmia, etc.) ou recebeu tratamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você foi informado por um médico que tem doença renal crônica ou insuficiência renal, ou recebeu tratamento (como diálise artificial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguns médicos já lhe disseram que você tem anemia (incluindo indicações de um médico de check-up)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganhei mais de 10 kg desde os 20 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praticar exercícios leves que induzem suor por pelo menos 30 minutos por vez, pelo menos duas vezes por semana, há mais de um ano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminhar ou fazer atividade física equivalente por pelo menos 1 hora por dia na vida diária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar mais rápido que outras pessoas da mesma idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou bem descansado durante o sono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pular o café da manhã três ou mais vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jantar 2 horas antes de ir para a cama, 3 ou mais dias por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou tentando passar a maior fome possível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tento comer mais vegetais e algas marinhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou evitando sal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Você consome lanches ou bebidas doces além das três refeições: <input type="checkbox"/> ① todos os dias <input type="checkbox"/> ② às vezes <input type="checkbox"/> ③ dificilmente ingerido		
Quão rápido você come em comparação com outras pessoas? <input type="checkbox"/> ① Rápido <input type="checkbox"/> ② Normal <input type="checkbox"/> ③ lento		
Estado ao mastigar alimentos <input type="checkbox"/> ① Posso mastigar e comer qualquer coisa. <input type="checkbox"/> ② Existem áreas de preocupação, como dentes, gengivas e mordida, que podem dificultar a mastigação. <input type="checkbox"/> ③ Quase não mastigado		
Você quer melhorar seus hábitos de vida, como exercícios e hábitos alimentares? <input type="checkbox"/> ① Não tenho intenção de melhorar <input type="checkbox"/> ② Pretendo melhorar (dentro de 6 meses) <input type="checkbox"/> ③ Pretendo melhorar num futuro próximo e estou começando gradualmente (dentro de um mês) <input type="checkbox"/> ④ Já trabalhando em melhorias (dentro de 6 meses) <input type="checkbox"/> ⑤ Já trabalhando em melhorias (mais de 6 meses)		
Você já recebeu orientações específicas de saúde para melhorar seus hábitos de vida? <input type="checkbox"/> ① sim <input type="checkbox"/> ② não		

Past or Present illness

- Under treatment (taking medication)
- Healing
- Follow-up (including dietary therapy)
- Leave alone

	Diagnosis age	Situation
<input type="checkbox"/> ① Nothing in particular		
<input type="checkbox"/> ③ High blood press	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑨ Diabetes	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑧ Dyslipidemia (Abnormalities in Cholesterol and Triglycerides)	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ④ Stroke	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑤ Myocardial infarction Angina pectoris	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑥ Arrhythmia	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑬ Chronic kidney disease (Nephritis, Nephrosis, etc)	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑭ Chronic renal failure Artificial dialysis	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑳ Anemia	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ② Cancer Part etc ()	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑩ Hepatitis (B · C e outros)	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑪ Gastric ulcer Duodenal ulcer	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑫ Other Digestive diseases ()	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑮ Kidney stones Ureteral stones	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑰ Pulmonary tuberculosis Pleurisy	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ⑱ Asthma	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ㉑ Hyperuricemia (including Gout)	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ㉒ Thyroid disease	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ㉕ Other diseases 1 ()	8 8 歲	
<input type="checkbox"/> ㉖ Other diseases 2 ()	8 8 歲	

Tabaco (incluindo cigarros novos)

<input type="checkbox"/> ① Fumar※ (fumo há um mês)	Média por dia 8 8 8 cigarro
<input type="checkbox"/> ② Eu fumava※ (não fumei no último mês)	
<input type="checkbox"/> ③ Não fume	Duração do fumo 8 8 ano
※Ter fumado por mais de 6 meses na vida ou ter fumado um total de 100 cigarros	

Para mulheres

Você está menstruada?	<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
Você está grávida	<input type="checkbox"/> grávida <input type="checkbox"/> Possibilidade de gravidez <input type="checkbox"/> não
※Incapaz de se submeter a exames de câncer de pulmão/câncer de estômago	

Sintomas nos últimos 3 meses

<input type="checkbox"/> ① Nada em particular	
<input type="checkbox"/> ② Zumbido em meus ouvidos	
<input type="checkbox"/> ③ Tosse e catarro contínuos ↳ Visite uma instituição médica	
<input type="checkbox"/> ④ Aparece expectoração sanguínea (dentro de 6 meses) ↳ Procure atendimento médico imediato	
<input type="checkbox"/> ⑤ Às vezes, dores de cabeça ou peso	
<input type="checkbox"/> ⑥ tontura ou tontura em pé	
<input type="checkbox"/> ⑦ Dor no peito ou sensação de pressão no peito	
<input type="checkbox"/> ⑧ O pulso pode ser irregular	
<input type="checkbox"/> ⑨ Palpitações e falta de ar	
<input type="checkbox"/> ⑩ dor nas costas	
<input type="checkbox"/> ⑪ Ombros rígidos e severos.	
<input type="checkbox"/> ⑫ Dor ou desconforto no estômago	
<input type="checkbox"/> ⑬ Sem apetite	
<input type="checkbox"/> ⑭ propenso a diarreia	
<input type="checkbox"/> ⑮ Dificuldade frequente para dormir	
<input type="checkbox"/> ⑯ Fadiga e Cansaço	
<input type="checkbox"/> ⑰ Outros (dentro de 10 caracteres) ()	

álcool

Frequência de consumo (saquê, shochu, cerveja, licor ocidental, etc.)

<input type="checkbox"/> ① Todos os dias	<input type="checkbox"/> ⑦ Eu parei
<input type="checkbox"/> ② 5-6 dias por semana	<input type="checkbox"/> ⑧ Eu não bebo (não posso beber)
<input type="checkbox"/> ③ 3-4 dias por semana	
<input type="checkbox"/> ④ 1-2 dias por semana	
<input type="checkbox"/> ⑤ 1 a 3 dias por mês	
<input type="checkbox"/> ⑥ Menos de 1 dia por mês	

↓

Quantidade de álcool consumido

<input type="checkbox"/> ① Menos de 1 xícara
<input type="checkbox"/> ② Menos de 1-2 xícaras
<input type="checkbox"/> ③ Menos de 2-3 xícaras
<input type="checkbox"/> ④ Menos de 3-5 xícaras
<input type="checkbox"/> ⑤ 5 xícaras ou mais

1 xícara de saquê (15% de álcool, 180mL)
Cerveja (5% de álcool, 500mL)
Shochu (álcool 25%, 110mL)
Vinho (14% de álcool, 180mL)
Uísque (43% de álcool, 60mL)
Chu-Hi em lata (5% de álcool, 500mL)
Chu-Hi em lata (álcool 7%, 350mL)