



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

スペイン語サンプル

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

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

Por favor, rellena el cuadro rojo con un lápiz.

No doble, manche ni corte el ticket dmientras se procesa a máquina.e consulta

Ocupación actual (una cosa principal)

① Proceso de producción/ trabajo laboral	② Transporte trabajos de comunicaciones	③ Trabajo de servicio	④ Posición de ventas	⑤ Trabajo administrativo	⑥ Personal de ventas
⑦ Empleos en agricultura, silvicultura y pesca	⑧ Puesto técnico especializado	⑨ Gestión	⑩ Díez. Trabajo de seguridad	⑪ Estudiante/Ama de casa/ Desempleado	

pasado actual	pasado actual	pasado actual	pasado actual	pasado actual	pasado actual
① Orgánico	② Plomo	③ Polvo	④ Amianto	⑤ Amianto	⑥ Sustancias químicas específicas
⑦ Trabajo con equipos de información (VDT)	⑧ Herramienta de vibración	⑨ Sitio de ruido	⑩ Otros	⑪ Objetos pesados: cargas pesadas, trabajos de cuidados de enfermería, etc.	

Sistema de trabajo

① Turno diurno de tiempo completo	② Turno de noche todo el tiempo	③ Sistema de turnos (tanto de día como de noche)
-----------------------------------	---------------------------------	--

Promedio de horas de trabajo por día (último mes)

① Menos de 6 horas	② Menos de 6 a 8 horas	③ Menos de 8 a 10 horas	④ 10 horas o más
--------------------	------------------------	-------------------------	------------------

Número medio de días laborales (último mes)

① Menos de 3 días	② Menos de 3-5 días	③ 5 días	④ 6 días o más
-------------------	---------------------	----------	----------------

Complete la información de la pregunta marcada con (si no está marcada con , no es necesario completarla)

Para aquellos que pueden someterse a una radiografía de tórax o una tomografía computarizada de tórax.

¿Le hicieron una radiografía de tórax o una tomografía computarizada de tórax para su control de salud el año pasado?

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

Para quienes pueden someterse a un examen de detección de cáncer de colon (prueba de sangre oculta en heces)

¿Se ha realizado un examen de detección de cáncer de colon (prueba de sangre oculta en heces o cámara de colon) en los últimos 3 años?

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

¿Alguien en su familia tiene cáncer colorrectal?

☐ No	☐ No sé	abuelos	padres	hijos	hermanos	
		Sí (	☐	☐	☐	)

Para quienes pueden someterse a pruebas de detección de cáncer gástrico (valium)

¿Alguna vez ha tenido síntomas alérgicos durante una prueba de bario (urticaria, dificultad para respirar, etc.)?

☐ Sí	☐ No	☐ No sé (Primera vez)
-----------------------------	-----------------------------	--

Unable se someterá a pruebas de detección de cáncer gástrico

¿Se aplica alguno de los siguientes puntos a ①, ②, ③ y ④ de aquellos que deben tener cuidado durante la detección de cáncer gástrico en la hoja adjunta (o en el reverso)?

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

¿Alguna vez le han operado el esófago, el estómago, el duodeno o el intestino grueso?

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

¿Se ha sometido a un examen de detección de cáncer de estómago (valium o gastroscopia) en los últimos 3 años?

☐ Sí	☐ No
-----------------------------	-----------------------------

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori en el pasado?

☐ Sí	☐ No	☐ No sé
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

¿Está actualmente infectado con Helicobacter pylori?

☐ Sí	☐ No	☐ No sé
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------------

Prueba de estratificación del riesgo de cáncer gástrico (clasificación ABC) Para quienes pueden someterse a la prueba de pepsinógeno

1 ¿Tiene síntomas estomacales u otros síntomas digestivos?	☐ Sí	☐ No
2 ¿Está usted en tratamiento (tomando medicación) para úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagitis por reflujo, etc.?	☐ Sí	☐ No
3 ¿Está tomando IBP (inhibidores de la bomba de protones o Takecab) para suprimir el ácido del estómago?	☐ Sí	☐ No
4 ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía gástrica (gastrectomía)?	☐ Sí	☐ No
5 ¿Le han diagnosticado insuficiencia renal crónica?	☐ Sí	☐ No
6 ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori?	☐ Sí	☐ No
7 ¿Tiene antecedentes de alguna enfermedad que requiera el uso prolongado de antibióticos (neumonía, otitis media, empiema, etc.)?	☐ Sí	☐ No
8 ¿Le han diagnosticado inmunodeficiencia/inmunodepresión o está tomando esteroides?	☐ Sí	☐ No

*Si responde "sí" al cuestionario anterior, la prueba no se puede realizar porque no se puede determinar correctamente.

【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。

« Câu hỏi ② »
Hãy viết vào khung màu đỏ bằng bút chì

Bạn có đang dùng các loại thuốc A.B.C sau đây không?

a. Thuốc làm giảm huyết áp	☐	☐
b. Thuốc hạ đường huyết hoặc tiêm insulin	☐	☐
c. Thuốc cholesterol và triglycerid	☐	☐

Bạn đã bao giờ được bác sĩ thông báo rằng bạn bị đột quỵ (xuất huyết não, nhồi máu não, v.v.) hoặc đã được điều trị chưa?

Bạn đã bao giờ được bác sĩ thông báo rằng bạn mắc bệnh tim (đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, v.v.) hoặc đã được điều trị chưa?

Bạn có được bác sĩ thông báo rằng bạn mắc bệnh thận mãn tính hoặc suy thận hoặc bạn đã được điều trị (chẳng hạn như chạy thận nhân tạo) chưa?

Bạn đã bao giờ được bác sĩ thông báo rằng bạn bị thiếu máu (bao gồm cả chỉ định của bác sĩ khám sức khỏe) chưa?

Tôi đã tăng hơn 10 kg kể từ năm 20 tuổi

Đã tập thể dục nhẹ nhàng để mồ hôi ít nhất 30 phút mỗi lần, ít nhất hai lần một tuần trong hơn một năm

Đi bộ hoặc thực hiện các hoạt động thể chất tương đương ít nhất 1 giờ mỗi ngày trong cuộc sống hàng ngày

Đi bộ nhanh hơn những người cùng tuổi

Tôi được nghỉ ngơi tốt qua giấc ngủ

Bỏ bữa sáng ba lần trở lên một tuần

Ăn tối trong vòng 2 giờ trước khi đi ngủ 3 ngày trở lên trong tuần

Tôi đang cố gắng để mình đói nhất có thể

Tôi cố gắng ăn nhiều rau và rong biển hơn

Tôi đang tránh muối

Bạn có ăn đồ ăn nhẹ hoặc đồ uống ngọt ngoài ba bữa sáng, trưa và tối không?

☐ ① mỗi ngày ☐ ② đôi khi ☐ ③ không

Bạn ăn nhanh như thế nào so với những người khác?

☐ ① Nhanh ☐ ② Bình thường ☐ ③ chậm

Trạng thái khi nhai thức ăn

☐ ① Tôi có thể nhai và ăn bất cứ thứ gì

☐ ② Có những lĩnh vực cần quan tâm như răng, nướu và khớp cắn có thể gây khó nhai

☐ ③ Khó nhai

Bạn có muốn cải thiện thói quen sinh hoạt của mình như tập thể dục và thói quen ăn uống không?

☐ ① Tôi không có ý định cải thiện

☐ ② Tôi có ý định cải thiện (trong vòng 6 tháng)

☐ ③ Tôi có ý định cải thiện trong thời gian tới và đang bắt đầu dần dần (trong vòng một tháng)

☐ ④ Đang thực hiện các cải tiến (trong vòng 6 tháng)

☐ ⑤ Đang thực hiện các cải tiến (hơn 6 tháng)

Bạn đã bao giờ nhận được hướng dẫn sức khỏe cụ thể về việc cải thiện thói quen sinh hoạt của mình chưa?

☐ ① Đúng ☐ ② KHÔNG

bệnh tật trong quá khứ hoặc hiện tại

☐ ① Không có gì đặc biệt	Tuổi chẩn đoán	Tình huống
☐ ③ Cao huyết áp		
☐ ⑨ Bệnh tiểu đường		
☐ ⑧ 8 Rối loạn lipid máu (bắt thường về cholesterol và chất béo trung tính)		
☐ ④ cú đánh		
☐ ⑤ Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực		
☐ ⑥ rối loạn nhịp tim		
☐ ⑬ Bệnh thận mãn tính (viêm thận, thận hư, v.v.)		
☐ ⑭ Suy thận mãn tính/chạy thận nhân tạo		
☐ ②0 thiếu máu		
☐ ② Vị trí ung thư, v.v. ()		
☐ ⑩ viêm gan		
☐ ⑪ Loét dạ dày/loét tá tràng		
☐ ⑫ Bệnh tiêu hóa khác ()		
☐ ⑮ Sỏi thận/sỏi niệu quản		
☐ ⑰ Lao phổi/viêm màng phổi		
☐ ⑱ bệnh hen suyễn		
☐ ⑲ Tăng axit uric máu (bao gồm cả bệnh gút)		
☐ ⑳ Bệnh tuyến giáp		
☐ ㉕ Các bệnh khác 1 ()		
☐ ㉖ Các bệnh khác 2 ()		

Thuốc lá (kể cả thuốc lá mới)

☐ ① Hút thuốc* (Tôi đã hút thuốc được một tháng rồi)	Trung bình mỗi ngày
☐ ② Tôi đã từng hút thuốc *(Tôi đã không hút thuốc trong tháng vừa qua)	Thời gian hút thuốc
☐ ③ Không hút thuốc (trừ ①②)	

*Đã hút thuốc hơn 6 tháng trong đời hoặc đã hút tổng cộng 100

Đối với phụ nữ

Bạn đang có kinh nguyệt?

☐ Đúng ☐ KHÔNG

Bạn có thai à

☐ có thai ☐ Khả năng mang thai ☐ KHÔNG

※Không thể sàng lọc ung thư phổi/ung thư dạ dày

Triệu chứng trong 3 tháng qua

☐ ① Không có gì đặc biệt	
☐ ② Tiếng chuông vang vọng trong tai tôi	
☐ ③ Ho và có đờm	
☐ ④ Xuất hiện đờm máu (trong vòng 6 tháng) ⇒ Đến cơ sở y tế ngay lập tức	
☐ ⑤ Đôi khi đau đầu hoặc nặng nề	
☐ ⑥ Chóng mặt hoặc chóng mặt đứng	
☐ ⑦ Đau ngực hoặc cảm giác tức ngực	
☐ ⑧ Mạch có thể không đều	
☐ ⑨ Đánh trống ngực và khó thở	
☐ ⑩ Đau lưng	
☐ ⑪ Vai cứng nghiêm trọng.	
☐ ⑫ Đau hoặc khó chịu ở dạ dày	
☐ ⑬ Không thèm ăn	
☐ ⑭ Dễ bị tiêu chảy	
☐ ⑮ Thường xuyên khó ngủ	
☐ ⑯ Mệt mỏi và mệt mỏi	
☐ ⑰ Khác (trong vòng 10 ký tự) ()	

rượu bia

Tần suất uống rượu (sake, shochu, bia, rượu phương Tây, v.v.)

☐ ① Hàng ngày	☐ ⑦ Tôi đã bỏ cuộc
☐ ② 5-6 ngày một tuần	☐ ⑧ Tôi không uống rượu (tôi không thể uống rượu)
☐ ③ 3-4 ngày một tuần	
☐ ④ 1-2 ngày một tuần	
☐ ⑤ 1 đến 3 ngày một tháng	
☐ ⑥ Ít hơn 1 ngày một tháng	

Lượng rượu tiêu thụ mỗi ngày vào những ngày uống rượu

☐ ① Ít hơn 1 cốc

☐ ② Ít hơn 1-2 cốc

☐ ③ Ít hơn 2-3 cốc

☐ ④ Ít hơn 3-5 cốc

☐ ⑤ 5 cốc trở lên

1 cốc rượu sake (15% cồn, 180mL)
Bia (cồn 5%, 500mL)
Shochu (cồn 25%, 110mL)
Rượu vang (14% cồn, 180mL)
Rượu whisky (43% cồn, 60mL)
Chu-Hi đóng hộp (cồn 5%, 500mL)
Chu-Hi đóng hộp (cồn 7%, 350mL)