

健康診断問診票



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 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"/>

Por favor, rellena el cuadro rojo con un lápiz.

No doble, manche ni corte el ticket mientras 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② Plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ Polvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ Amianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ Amianto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ Sustancias químicas específicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ Trabajo con equipos de información (VDT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ Herramienta de vibración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ Sitio de ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑩ Otros ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑪ Objetos pesados: cargas pesadas, trabajos de cuidados de enfermería, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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 labora (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

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

¿Alguna vez ha tenido síntomas alérgicos durante una prueba de bario Sí No No sé (Primera vez)
(urticaria, dificultad para respirar, etc.)? **Unabele 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。

[Pregunta ②]

Por favor escriba en el marco rojo con un lápiz

¿Está tomando los siguientes medicamentos A.B.C?	Sí	No
a. Medicamentos que reducen la presión arterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medicamentos para reducir el azúcar en sangre o inyecciones de insulina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fármacos para el colesterol y los triglicéridos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un médico le ha dicho que sufrió un derrame cerebral (hemorragia cerebral, infarto cerebral, etc.) o que recibió tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un médico le ha dicho que padece una enfermedad cardíaca (angina de pecho, infarto de miocardio, arritmia, etc.) o ha recibido tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ha dicho un médico que padece una enfermedad renal crónica o insuficiencia renal, o ha recibido tratamiento (como diálisis artificial)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez un médico le ha dicho que tiene anemia (incluidas las indicaciones de un chequeo médico)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
He ganado más de 10 kg desde que tenía 20 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haber realizado ejercicios ligeros que induzcan el sudor durante al menos 30 minutos seguidos, al menos dos veces por semana durante más de un año.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar o realizar actividad física equivalente durante al menos 1 hora al día en la vida diaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar más rápido que otras personas de la misma edad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy bien descansado mientras duermo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saltarse el desayuno tres o más veces por semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cenar 2 horas antes de acostarse 3 o más días a la semana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento tener la mayor hambre posible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intento tener la mayor hambre posible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
estoy evitando la sal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Consumes snacks o bebidas dulces además de las tres comidas de desayuno, almuerzo y cena?	<input type="checkbox"/> ① todos los días <input type="checkbox"/> ② a veces <input type="checkbox"/> ③ apenas ingerido	
¿Qué tan rápido comes en comparación con otras personas?	<input type="checkbox"/> ① Rápido <input type="checkbox"/> ② normales <input type="checkbox"/> ③ lento	
Estado al masticar los alimentos.	<input type="checkbox"/> ① Puedo masticar y comer cualquier cosa. <input type="checkbox"/> ② Hay áreas de preocupación, como los dientes, las encías y la mordida, que pueden dificultar la masticación. <input type="checkbox"/> ③ Apenas masticado	
¿Quieres mejorar tus hábitos de vida como el ejercicio y los hábitos alimentarios?	<input type="checkbox"/> ① No tengo intención de mejorar <input type="checkbox"/> ② Tengo la intención de mejorar (dentro de 6 meses) <input type="checkbox"/> ③ Tengo la intención de mejorar en un futuro próximo y estoy empezando gradualmente (dentro de un mes) <input type="checkbox"/> ④ Ya estamos trabajando en mejoras (dentro de 6 meses) <input type="checkbox"/> ⑤ Ya trabajando en mejoras (más de 6 meses)	
¿Alguna vez ha recibido orientación de salud específica sobre cómo mejorar sus hábitos de vida?	<input type="checkbox"/> ① Sí <input type="checkbox"/> ② No	

enfermedad pasada o presente

<input type="checkbox"/> ① Nada en particular	Edad del día gnóstico	Situación
<input type="checkbox"/> ③ presión arterial alta	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑨ Diabetes	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑧ Dislipidemia (anomalías en el colesterol y los triglicéridos)	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ④ tiempos	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑤ Infarto de miocardio/angina de pecho	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑥ arritmia	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑬ Enfermedad renal crónica (nefritis, nefrosis, etc.)	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑭ Insuficiencia renal crónica/diálisis artificial	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑳ anemia	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ② Sitio del cáncer ()	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑩ hepatitis (B · C y otros)	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑪ Úlcera gástrica/úlceras duodenales	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑫ Otras enfermedades digestivas ()	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑮ Cálculos renales/cálculos ureterales	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑰ Tuberculosis pulmonar/pleuresía	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑱ asma	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ⑳ Hiperuricemia (incluida la gota)	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ㉒ Enfermedad de la tiroides	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ㉕ Otras enfermedades 1 ()	8 8 歳	8
<input type="checkbox"/> ㉖ Otras enfermedades 2 ()	8 8 歳	8

1. En tratamiento (tomando medicación)
2. Curación
3. Seguimiento (incluida la terapia dietética)
4. Déjalo en paz

Síntomas en los últimos 3 meses

<input type="checkbox"/> ① Nada en particular
<input type="checkbox"/> ② Zumbido en mis oídos
<input type="checkbox"/> ③ Tos y flema continuas →Visita una institución médica
<input type="checkbox"/> ④ Aparece esputo sanguíneo(dentro de los 6 meses) →Busque atención médica inmedia
<input type="checkbox"/> ⑤ A veces dolores de cabeza o pesadez
<input type="checkbox"/> ⑥ Mareos o mareos de pie
<input type="checkbox"/> ⑦ Dolor en el pecho o sensación de presión en el pecho.
<input type="checkbox"/> ⑧ El pulso puede ser irregular
<input type="checkbox"/> ⑨ Palpitaciones y dificultad para respirar
<input type="checkbox"/> ⑩ dolor de espalda
<input type="checkbox"/> ⑪ Hombros rígidos severos.
<input type="checkbox"/> ⑫ Dolor o malestar en el Estómago
<input type="checkbox"/> ⑬ Sin apetito
<input type="checkbox"/> ⑭ propenso a la diarrea
<input type="checkbox"/> ⑮ Dificultad frecuente para dormir
<input type="checkbox"/> ⑯ Fatiga y cansancio ()

alcohol

Frecuencia de consumo (sake, shochu, cerveza, licor occidental, etc.)

<input type="checkbox"/> ① Todos los días	<input type="checkbox"/> ⑦ Renuncio
<input type="checkbox"/> ② 5-6 días a la semana	<input type="checkbox"/> ⑧ No bebo (no puedo beber)
<input type="checkbox"/> ③ 3-4 días a la semana	
<input type="checkbox"/> ④ 1-2 días a la semana	
<input type="checkbox"/> ⑤ 1 a 3 días al mes	
<input type="checkbox"/> ⑥ Menos de 1 día al mes	

Cantidad de alcohol consumida por día en los días en que se bebe

<input type="checkbox"/> ① Menos de 1 taza
<input type="checkbox"/> ② Menos de 1-2 tazas
<input type="checkbox"/> ③ Menos de 2-3 tazas
<input type="checkbox"/> ④ Menos de 3-5 tazas
<input type="checkbox"/> ⑤ 5 tazas o más

1 taza de sake (15% alcohol, 180 ml)
 Cerveza (5% de alcohol, 500 ml)
 Shochu (25% de alcohol, 110 ml)
 Vino (14% de alcohol, 180 ml)
 Whisky (43% de alcohol, 60 ml)
 Chu-Hi enlatado (5% de alcohol, 500 ml)
 Chu-Hi enlatado (7% de alcohol, 350 ml)

Tabaco (incluidos los cigarrillos nuevos)

<input type="checkbox"/> ① Fumar* (he estado fumando durante el último mes)	Promedio por día	8 8 8 歳	cigarrillos
<input type="checkbox"/> ② Solía fumar * (no he fumado en el último mes)	Duración del tabaquismo	8 8 歳	año
<input type="checkbox"/> ③ No fumar (excepto ①/②)	※Habrás fumado durante más de 6 meses en su vida, o habrá fumado un total de 100 cigarrillos		

Para mujeres

¿Estás menstruando?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estás embarazada	<input type="checkbox"/> embarazada <input type="checkbox"/> Posibilidad de embarazo <input type="checkbox"/> No

→ ※No se puede someter a pruebas de detección de cáncer de pulmón /cáncer de estómago