

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

タイ語サンプル

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"/>

กรุณอกยาโค้งงอ เบือน หรือตัดตัวคำปรึกษา เนื่องจากมันถูกปร
มวลผลโดยเครื่องจักร

กรรณกรอกกล่งสี่แดงด้วยดินสอ

อาชีพปัจจุบัน (สิ่งสำคัญอย่างหนึ่ง)

① กระบวนการผลิต/งานโรงงาน ② การขนส่ง งานสื่อสาร ③ งานบริการ ④ ตำแหน่งการขาย ⑤ งานเสมียน ⑥ พนักงานขาย

⑦ งานเกษตร ป่าไม้ และประมง ⑧ ตำแหน่งทางเทคนิคเฉพาะทาง ⑨ การจัดการ ⑩ งานรักษาความปลอดภัย ⑪ นักศึกษา/แม่บ้าน/ว่างงาน

ปฏิบัติการพิเศษ

ปัจจุบัน	อดีต	ปัจจุบัน	อดีต	ปัจจุบัน	อดีต	ปัจจุบัน	อดีต	ปัจจุบัน	อดีต		
① ออแกนิค <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	② ตะกั่ว <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	③ ฝุ่น <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	④ แร่ใยหิน <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑤ รังสีไอออนไนซ์ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑥ สารเคมีที่ระบ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ งานอุปกรณ์สารสนเทศ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑧ เครื่องมือสันสเทือน <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑨ ไซตเสียนรบกวน <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑩ อื่นๆ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⑪ ของหนัก <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

() ของหนัก งานพยาบาล ฯลฯ

ระบบการทำงาน

① กะเต็มวัน

② มีกะกลางคืนตลอดเวลา

③ ระบบกะ (ทั้งกะกลางวันและกะกลางคืน)

ชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยต่อวัน (เดือนที่แล้ว)

① น้อยกว่า 6 ชั่วโมง

② น้อยกว่า 6 ถึง 8 ชั่วโมง

③ น้อยกว่า 8 ถึง 10 ชั่วโมง

④ 10 ชั่วโมงขึ้นไป

จำนวนวันทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (เดือนที่แล้ว)

① น้อยกว่า 3 วัน

② น้อยกว่า 3-5 วัน

③ 5 วัน

④ 6 วันขึ้นไป

สำหรับผู้ที่สามารถรับการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก/ซีทีทรวงอกได้

ปีที่แล้วคุณได้เอกซเรย์หน้าอกหรือ CT scan หน้าอกเพื่อตรวจสอบสุขภาพหรือไม่? ใช่ เลขที่

สำหรับผู้ที่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ได้ (ตรวจเลือดใส่ยูลจจาระ)

คุณเคยมีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ (การตรวจเลือดใส่ยูลจจาระหรือกล่งตรวจลำไส้ใหญ่) ภายใน 3 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ใช่ เลขที่

มีใครในครอบครัวของคุณที่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไม่? ใช่ (ย่าตา พ่อ ลูก พี่น้อง) เลขที่ ฉันไม่รู้

สำหรับผู้ที่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร (แบบเริ่ม)

คุณเคยมีอาการแพ้ระหว่างการทดสอบแบบเริ่ม (ลมพิษ หายใจลำบาก ฯลฯ) หรือไม่? ใช่ เลขที่ ฉันไม่รู้ (ครั้งแรก) เลขที่

※ไม่สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหารได้

ขอไดคอปนีไว้กับ 1, 2, 3 และ ๐ ของผู้ที่จำเป็นต้องระมิตระวังในการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหารในเอกสารที่แนบมาด้วย (หรือด้านหลัง) ใช่ เลขที่

คุณเคยได้รับการผ่าตัดหลอดอาหาร กระเพาะอาหาร ลำไส้เล็กส่วนต้น หรือลำไส้ใหญ่หรือไม่? ใช่ เลขที่

คุณเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งกระเพาะอาหาร (แบบเริ่ม หรือ การส่องกล้องทางเดินอาหาร) ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาหรือไม่? ใช่ เลขที่

คุณเคยได้รับการรักษากำจัดเชื้อ Helicobacter pylori ในอดีตหรือไม่? ใช่ เลขที่ ฉันไม่รู้ เลขที่

ขณะนี้คุณติดเชื้อ Helicobacter pylori หรือไม่? ใช่ เลขที่ ฉันไม่รู้ เลขที่

การทดสอบการเบ่งขึ้นความเสี่ยงมะเร็งกระเพาะอาหาร (การจำแนกประเภท ABC) สำหรับผู้ที่สามารถรับการตรวจเปปซินเจนได้

1. คุณมีอาการท้องผูกหรือมีอาการทางเดินอาหารอื่นๆ หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>
2. คุณกำลังเข้ารับการรักษา (รับประทานยา) โรคแผลในกระเพาะอาหาร แผลในลำไส้เล็กส่วนต้น กรดไหลย้อน หลอดอาหารอักเสบ ฯลฯ หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>
3. คุณกำลังรับประทาน PPIs (สารยับยั้งโปรตอนปั๊มหรือ Take cab) เพื่อระงับกรดในกระเพาะอาหารหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>
4. คุณเคยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหาร (gastrectomy) หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>
5. คุณได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะไตวายเรื้อรังหรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>
6. คุณเคยได้รับการรักษาเพื่อกำจัดเชื้อ Helicobacter pylori หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>
7. คุณมีประวัติการเจ็บป่วยใดๆ ที่ต้องใช้ยาปฏิชีวนะในระยะยาวหรือไม่ (โรคปอดบวม โรคหน้าทรวง โรคถุงลมโป่งพอง ฯลฯ) หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>
8. คุณได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง/ภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือคุณกำลังรับประทานสเตียรอยด์หรือไม่?	<input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> เลขที่ <input type="text"/>

※ หากคคตอบ "ใช่" ในแบบสอบถามข้างต้น จะไม่สามารถทำการทดสอบได้เนื่องจากไม่สามารถระบุการทดสอบได้อย่างถูกต้อง

【個人情報取り扱い】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理。
 ・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。

ความเจ็บป่วยในอดีตหรือปัจจุบัน

1. อยู่ระหว่างการรักษา (รับประทานยา)
2. การรักษา
3. การติดตามผล (รวมถึงการบำบัดด้วยอาหาร)
ที่ปล่อยยามีโรตามล้าทิ้ง

อาการในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

คุณกำลังใช้ยา A.B.C ต่อไปนี้อยู่หรือไม่? ใช่ เลขที่

ก. ยาที่ลดความดันโลหิต เลขที่

ข. ยาลดน้ำตาลในเลือดหรือการฉีดอินซูลิน เลขที่

ค. ยาโคเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์ C. เลขที่

คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคหลอดเลือดตีบมอง (เลือดออกในสมอง, ภาวะสมองขาดเลือด ฯลฯ) หรือได้รับการรักษาหรือไม่? เลขที่

คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคหัวใจ (โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจตาย หัวใจเต้นผิดจังหวะ ฯลฯ) หรือได้รับการรักษาหรือไม่? เลขที่

แพทย์แจ้งคุณว่าคุณเป็นโรคไตเรื้อรังหรือไตวาย หรือคุณได้รับการรักษา (เช่น การฟอกไตเทียม) หรือไม่? เลขที่

คุณเคยได้รับแจ้งจากแพทย์ว่าคุณเป็นโรคโลหิตจาง (รวมถึงข้อบ่งชี้จากแพทย์ตรวจสุขภาพด้วย) หรือไม่? เลขที่

ฉันได้รับมากกว่า 10 กิโลกรัมตั้งแต่ฉันอายุ 20 ปี เลขที่

ออกกำลังกายเบาๆ ที่ทำให้เหงื่อออกอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละสองครั้งเป็นเวลานานกว่าหนึ่งปี เลขที่

การเดินหรือออกกำลังกายที่เทียบเท่ากันอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมงในชีวิตประจำวัน เลขที่

เดินเร็วกว่าคนวัยเดียวกัน เลขที่

ฉันพักผ่อนได้ดีจากการนอน เลขที่

งดอาหารเข้าสามครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ เลขที่

รับประทานอาหารเย็นภายใน 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ เลขที่

ฉันกำลังพยายามหิวโหยมากที่สุด เลขที่

ฉันพยายามกินผักและสาหร่ายให้มากขึ้น เลขที่

ฉันกำลังหลีกเลี่ยงเกลือ เลขที่

คุณบริโภคของว่างหรือเครื่องดื่มรสหวานนอกเหนือจากอาหารสามมื้อ ใดแต่เมื่อเช้า กลางวัน และเย็นหรือไม่?
 ① ทุกวัน ② บางครั้ง ③ ไม่ค่อยกินเข้าไป

คุณกินเร็วแค่ไหนเมื่อเทียบกับคนอื่น?
 ① รวดเร็ว ② ปกติ ③ ช้า

ระบุเมื่อเคี้ยวอาหาร
 ① ฉันสามารถเคี้ยวและกินอะไรก็ได้
 ② มีส่วนที่น้ำหนักงวล เช่น ฟัน เหงือก และการกัดที่อาจทำให้เคี้ยวยาก
 ③ เคี้ยวแทบไม่ได้เลย

คุณต้องการปรับปริมาณการใช้ชีวิตของคุณเช่นการออกกำลังกายและนิสัยการกินหรือไม่?
 ① ฉันไม่มีความตั้งใจที่จะปรับปรุง
 ② ฉันตั้งใจจะปรับปรุง (ภายใน 6 เดือน)
 ③ ฉันตั้งใจจะปรับปรุงในอนาคตอันใกล้นี้และกำลังเริ่มทีละน้อย (ภายในหนึ่งเดือน)
 ④ ดำเนินการปรับปรุงแล้ว (ภายใน 6 เดือน)
 ⑤ ดำเนินการปรับปรุงแล้ว (มากกว่า 6 เดือน)

คุณเคยได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพโดยเฉพาะเกี่ยวกับการปรับปรุงนิสัยการใช้ชีวิตของคุณหรือไม่?
 ① ใช่ ② เลขที่

1. ไม่มีอะไรเป็นพิเศษ

3. ความดันโลหิตสูง เลขที่ เลขที่

9. โรคเบาหวาน เลขที่ เลขที่

8. Dyslipidemia (ความผิดปกติของคอเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์) เลขที่ เลขที่

4. จังหวะ เลขที่ เลขที่

5. กล้ามเนื้อหัวใจตาย/โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ เลขที่ เลขที่

6. จังหวะ เลขที่ เลขที่

13. โรคไตเรื้อรัง (โรคไตอักเสบ โรคไต ฯลฯ) เลขที่ เลขที่

14. ภาวะไตวายเรื้อรัง/การฟอกไตเทียม เลขที่ เลขที่

20. โรคโลหิตจาง เลขที่ เลขที่

2. บริเวณที่เป็นมะเร็ง เป็นต้น () เลขที่ เลขที่

10. โรคตับอักเสบ (บี.ซี และอื่นๆ) เลขที่ เลขที่

11. แผลในกระเพาะอาหาร/ลำไส้เล็กส่วนต้น เลขที่ เลขที่

12. โรคทางเดินอาหารอื่นๆ () เลขที่ เลขที่

15. นิ้วในไต/นิ้วในท่อไต เลขที่ เลขที่

17. วัณโรคปอด/เยื่อหุ้มปอดอักเสบ เลขที่ เลขที่

18. โรคหอบหืด เลขที่ เลขที่

21. ภาวะกรดยูริก เลขที่ เลขที่

22. โรคต่อมไทรอยด์ เลขที่ เลขที่

25. โรคอื่นๆ 1 () เลขที่ เลขที่

26. โรคอื่นๆ 2 () เลขที่ เลขที่

1. ไม่มีอะไรเป็นพิเศษ

2. ตั้งกองอยู่ในห้องงั้น

3. ไอและมีเสมหะต่อไป เยี่ยมชมสถานบริการแพทย์

4. มีเสมหะในเลือดปรากฏขึ้น (ภายใน 6 เดือน) ไปพบแพทย์ทันที

5. บางครั้งปวดหัวหรือหน้าใจ

6. อาการเวียนศีรษะหรืออาการเวียนศีรษะขณะยืน

7. อาการเจ็บหน้าอกหรือรู้สึกกดดันในหน้าอก

8. ซ้ำพรวดอาจไม่สม่ำเสมอ

9. ใจสั่นและหายใจถี่

10. อาการปวดหลัง

11. ไหลแข็งอย่างรุนแรง

12. ปวดหรือไม่สบายท้อง

13. ไม่มีความอยากอาหาร

14. มีแนวโน้มที่จะท้องเสีย

15. นอนหลับยากบ่อยครั้ง

16. ความเหนื่อยล้าและความเหนื่อยล้า

17. อื่นๆ (ไม่เกิน 10 ตัวอักษร) ()

แอลกอฮอล์

แอลกอฮอล์

1. ทุกวัน 7. ฉันเลิกแล้ว

2. 5-6 วันต่อ 8. ฉันไม่ดื่ม (ฉันดื่มไม่ได้อีก)

3. 3-4 วันต่อ

4. 1-2 วันต่อสัปดาห์

5. 1 ถึง 3 วันต่อเดือน

6. น้อยกว่า 1 วันต่อเดือน

ปริมาณแอลกอฮอล์ที่บริโภคต่อวันในทันที

1. น้อยกว่า 1 ถ้วย

2. น้อยกว่า 1-2 ถ้วย

3. น้อยกว่า 2-3 ถ้วย

4. น้อยกว่า 3-5 ถ้วย

5. 5 ถ้วยขึ้นไป

สาเก 1 ถ้วย (แอลกอฮอล์ 15%, 180 มล.)
เบียร์ (แอลกอฮอล์ 5%, 500 มล.)
ไวน์ (แอลกอฮอล์ 25%, 110 มล.)
ไวน์ (แอลกอฮอล์ 14%, 180 มล.)
วิสกี้ (แอลกอฮอล์ 43%, 60 มล.)
ซูโชกรูปอง (แอลกอฮอล์ 5%, 500มล.)
ซูโชกรูปอง (แอลกอฮอล์ 7%, 350มล.)

ยาสูบ (รวมถึงบุหรี่ใหม่)

1. สูบบุหรี่* (ฉันสูบบุหรี่มาเป็นเวลาหนึ่งเดือนที่ผ่านมา) เลขที่ เลขที่

2. ฉันเคยสูบบุหรี่* (ฉันไม่ได้สูบบุหรี่ในเดือนที่ผ่านมา) เลขที่ เลขที่

3. ห้ามสูบบุหรี่ * สูบบุหรี่มากกว่า 6 เดือนในช่วงชีวิตของคุณ หรือสูบบุหรี่ไปแล้วทั้งหมด 100 มวน

เฉลี่ยต่อวัน เลขที่ เลขที่ บุหรี่

ระยะเวลาของการสูบบุหรี่ เลขที่ ปี

สำหรับผู้หญิง

คุณกำลังมีประจำเดือนใช่ไหม?
 ใช่ เลขที่

คุณกำลังตั้งครรภ์?
 ตั้งครรภ์ ความเป็นไปได้ขอ เลขที่ การตั้งครรภ์

※ ไม่สามารถตรวจตั้งครรภ์ขณะเร่งปอด/เร่งเร่งกระเพาะอาหารได้