



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

ベトナム語サンプル

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"/>

Hãy điền vào ô màu đỏ bằng bút chì ● Vui lòng không uống rượu, bia, thuốc lá hoặc cà phê từ tối hôm trước vì nó được xử lý bằng máy

Nghề nghiệp hiện tại (một để u chính)

1. Quy trình sản xuất / lao động
2. Vận chuyển công việc truyền thông
3. Công việc phụ công vụ
4. Vị trí bán hàng
5. Công việc văn thư
6. Nhân viên bán hàng
7. Việc làm nông, lâm, ngư nghiệp
8. Vị trí kỹ thuật chuyên
9. Quả n lý
10. Công việc bảo vệ
11. Sinh viên/Nội trợ

hoạt động đặc biệt

- ① Hử cơ ② Chi ③ Bụi ④ Amiang ⑤ Bức xạ ion hóa ⑥ Các chất hóa học độc hại
- ⑦ Công việc thị trấn bị thông tin (VDT) ⑧ Công cụ rung ⑨ Nơi có tiếng ồn ⑩ Khác ⑪ Vết nã ng: ma nã ng, công vi

Hệ thống làm việc

1. Ca ngày toàn thời gian
2. Ca đêm liên tục
3. Hệ thống ca (ca ngày và ca đêm)

Số giờ làm việc trung bình mỗi ngày (tháng trừ ở c)

1. Dưới 6 giờ
2. Dưới 6 đến 8 giờ
3. Dưới 8 đến 10 giờ
4. 10 giờ trở lên

Số ngày làm việc trung bình mỗi tuần (tháng trừ ở c)

1. Dưới 3 ngày
2. Ít hơn 3-5 ngày
3. 5 ngày
4. 6 ngày trở lên

☉ Vui lòng điền thông tin câu hỏi có dấu * (nếu không có dấu * thì không cần điền)

Dành cho những người ở có thể chụp X-quang ngực/c/chụp CT ngực c

Năm ngoái bạn có chụp X-quang hoặc chụp CT ngực c để kiểm tra sức khỏe Đúng KHÔNG

Dành cho những người ở có thể sàng lọc ung thư ruột kết (xét nghiệm máu ẩn trong phân)

Bạn đã bao giờ gặp các triệu chứng như ứ ng khi xét nghiệm barium (nổi mề đay, khó thở, v.v.) chưa? Đúng KHÔNG

Có ai trong gia đình bạn bị ung thư dạ dày/trực tràng không? ông bà cha con cái anh chị KHÔNG hay Tôi không biết Đúng ()

Dành cho những người ở có thể sàng lọc ung thư dạ dày (barium)

Bạn đã bao giờ gặp các triệu chứng ứ ng khi xét nghiệm barium (nổi mề đay, khó thở, v.v.) chưa? Đúng Tôi không biết (Lần đầu tiên)

※Không thể sàng lọc ung thư dạ dày

Những điều u nào sau đây có áp dụng cho ①, ②, ③ và ④ của những người ở cả n thàn trợ ng khi sàng lọc ung thư dạ dày ở tử đình kèm (hoặc ở mặt c sau) không? Đúng KHÔNG

Bạn đã từng phẫu thuật thực quản, dạ dày, tá tràng hay ruột già chưa? Đúng KHÔNG

Bạn đã được sàng lọc ung thư dạ dày (barium hoặc nội soi dạ dày) trong vòng 3 năm qua chưa? Đúng KHÔNG

Bạn đã bao giờ được điều trị diệt khuẩn vi khuẩn Helicobacter pylori trước đây chưa? Đúng KHÔNG Tôi không biết

Hiện tại bạn có bị nhiễm vi khuẩn Helicobacter pylori không? Đúng KHÔNG Tôi không biết

Xét nghiệm phân tử nguy cơ ung thư dạ dày (phân loại ABC)
Dành cho những người ở có thể thực hiện xét nghiệm pepsinogen

1. Bạn có bị đau bụng hoặc có các triệu chứng tiêu hóa khác không? Đúng KHÔNG
2. Bạn có đang dùng PPI (thuốc ức chế bơm proton) hoặc Đúng KHÔNG
3. Bạn đang điều trị (đang dùng thuốc) loét dạ dày, loét tá Đúng KHÔNG
4. Bạn đã từng phẫu thuật dạ dày (cắt dạ dày) chưa? Đúng KHÔNG
5. Bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh suy thận mãn tính chưa? Đúng KHÔNG
6. Bạn đã bao giờ được điều trị tiêu diệt Helicobacter pylori chưa? Đúng KHÔNG
7. Bạn có tiền sử bệnh gì phải sử dụng kháng sinh lâu dài (viêm phổi, viêm tai giữa, viêm Đúng KHÔNG
8. Bạn đã được chẩn đoán mắc bệnh suy giảm miễn dịch hay bạn đang Đúng KHÔNG

*Nếu u bạn trả lời "có" cho bất kỳ câu hỏi trên, bài kiểm tra sẽ không thể được thực hiện vì bài kiểm tra không thể được xác định chính xác

- 【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

« 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? **Đúng** **KHÔNG**

a. Thuốc làm giảm huyết áp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Thuốc hạ đường huyết hoặc tiêm insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Thuốc cholesterol và triglycerid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 đổ 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

An 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?

mỗi ngày đôi khi khó nuốt

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

Nhanh Bình thường 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. Đang điều trị (đang dùng thuốc)
2. Chữa bệnh
3. Theo dõi (bao gồm liệu pháp ăn kiêng)
4. Hãy để nó yên

	Tuổi chẩn đoán	Tình huống
<input type="checkbox"/> ① Không có gì đặc biệt		
<input type="checkbox"/> ③ Cao huyết áp	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑨ Bệnh tiểu đường	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑧ Rối loạn lipid máu (bắt thường về cholesterol và chất béo trung tính)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ④ cú đánh	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑤ Nhồi máu cơ tim/đau thắt ngực	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑥ rối loạn nhịp tim	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑬ Bệnh thận mãn tính (viêm thận, thận hư, v.v.)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑭ Suy thận mãn tính/chạy thận nhân tạo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑳ thiếu máu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ② Vị trí ung thư, v.v. ()	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑩ viêm gan (B·C và những người khác)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑪ Loét da dày/loét tá tràng	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑫ Bệnh tiêu hóa khác ()	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑮ Sỏi thận/sỏi niệu quản	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑰ Lao phổi/viêm màng phổi	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ⑱ bệnh hen suyễn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ㉑ Tăng axit uric máu (bao gồm cả bệnh gút)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ㉒ Bệnh tuyến giáp	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ㉕ Các bệnh khác 1 ()	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ㉖ Các bệnh khác 2 ()	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 歲	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Thuốc lá (kể cả thuốc lá mới)

<input type="checkbox"/> ① Hút thuốc* (Tôi đã hút thuốc được một tháng rồi)	Trung bình mỗi ngày	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> thuốc lá
<input type="checkbox"/> ② Tôi đã từng hút thuốc *(Tôi đã không hút thuốc trong tháng vừa qua)	Thời gian hút thuốc	<input type="text"/> <input type="text"/> năm
<input type="checkbox"/> ③ Không hút thuốc (trừ ☉)		

*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

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

rượu bia

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

<input type="checkbox"/> ① Hàng ngày	<input type="checkbox"/> ⑦ Tôi đã bỏ cuộc
<input type="checkbox"/> ② 5-6 ngày một tuần	<input type="checkbox"/> ⑧ Tôi không uống rượu (tôi không thể uống rượu)
<input type="checkbox"/> ③ 3-4 ngày một tuần	
<input type="checkbox"/> ④ 1-2 ngày một tuần	
<input type="checkbox"/> ⑤ 1 đến 3 ngày một tháng	
<input type="checkbox"/> ⑥ Ít hơn 1 ngày một tháng	

↓
Lượng rượu tiêu thụ mỗi ngày vào những ngày uống rượu

<input type="checkbox"/> ① Ít hơn 1 cốc
<input type="checkbox"/> ② Ít hơn 1-2 cốc
<input type="checkbox"/> ③ Ít hơn 2-3 cốc
<input type="checkbox"/> ④ Ít hơn 3-5 cốc
<input type="checkbox"/> 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)