

健康診断問診票



フィリピン (タガログ語) 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

本人 家族 配偶者

記号 番号 枝番

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"/>

Mangyaring punan ng lapis ang pulang kahon. Mangyaring huwag ibaluktot, pahiran, o gupitin ang tiket sa konsultasyon dahil pinoproceso ito ng makina.

Kasalukuyang trabaho (isang pangunahing bagay)

① Proseso ng produksyon/trab ahong paggawa ② Transportasyon mga trabaho sa komunikasyon ③ Trabaho sa serbisyo ④ Posisyon sa pagbeben ta ⑤ Clerical na trabaho ⑥ Sales staff

⑦ Mga trabahong pang-agrikul tura, panggugubat at pangis daan ⑧ Espesyal na teknikal na posi syon ⑨ Pamamahala ⑩ Sampu. Trabaho sa segurida ⑪ Mag-aaral/Maybahay/Walang Trabaho

mga espesyal na operasyon

actual pasado

① Organic ② Lead ③ Alikabok ④ Asbestos ⑤ Ionizing radiation ⑥ Tukoy na mga kemikal na san gkap

⑦ Information equip ment work ⑧ Vibration tool ⑨ Look ng ingay ⑩ Iba pa ⑪ Mabibigat na bagay

(VDT) ()

Sistema ng pagtatrabaho

① Buong oras na day shift

② Night shift sa lahat ng oras

③ Shift system (parehong day shift at night shift)

Average na oras ng trabaho bawat araw (nakaraang buwan)

① Wala pang 6 na oras

② Wala pang 6 hanggang 8 oras

③ Wala pang 8 hanggang 10 oras

④ 10 oras o higit pa

Average na bilang ng mga araw ng trabaho bawat linggo (nakaraang buwan)

① Wala pang 3 araw

② Wala pang 3-5 araw

③ 5 araw

④ 6 na araw o higit pa

☉ Mangyaring punan ang impormasyon ng tanong na may markang ○ (kung hindi minarkahan ○, hindi kinakailangang punan)

Para sa mga maaaring sumailalim sa pagsusuri sa chest X-ray/chest CT

Nagkaroon ka ba ng chest X-ray o chest CT scan para sa iyong pagsusuri sa kalusugan noong nakaraang taon? oo hindi

Para sa mga maaaring sumailalim sa colon cancer screening (fecal occult blood test)

Nagkaroon ka na ba ng colon cancer screening (fecal occult blood test o colon camera) sa loob ng nakaraang 3 taon? oo hindi

Mayroon bang sinuman sa iyong pamilya na may co lorectal cancer? hindi hindi ko alam oo (lolo magulang anak kapatid)

Para sa mga maaaring sumailalim sa screening ng gastric cancer (valium)

Nagkaroon ka na ba ng mga sintomas ng allergy sa panahon ng pagsusuri sa bari um (mga pantal, hirap sa paghinga, atbp.)? oo hindi hindi ko alam Unang beses

Unabele na sumailalim sa screening ng gastric

Nalalapat ba ang alinman sa mga sumusunod sa ①, ②, ③, at ④ ng mga kailangang mag-ingat habang sinusuri ang gastric cancer sa kalakip na sheet (o sa likod)? oo hindi

Nakaranas ka na ba ng operasyon sa esophagus, tiyan, duodenum, o malaking bituka? oo hindi

Nagkaroon ka na ba ng pagsusuri sa kanser sa tiyan (valium o gastroscopy) sa loob ng nakaraang 3 taon? oo hindi

Nakatanggap ka na ba ng paggamot sa pagpukpa para sa Helicobacter pylori sa na karaan? oo hindi hindi ko alam

Ikaw ba ay kasalukuyang nahawaan ng Helicobacter pylori? oo hindi hindi ko alam

Gastric cancer risk stratification test (ABC classification) Para sa mga maaaring sumailalim sa pepsinogen test

1 Mayroon ka bang tiyan o iba pang sint omas ng pagtunaw? oo hindi

2 Sumasailalim ka ba sa paggamot (pag-inom ng gamot) para sa gastric ulcer, duodenal ulcer, reflux esophagitis, atbp.? oo hindi

3 Umiinom ka ba ng mga PPI (proton pump inhibitors o Takecab) para sugpuin ang acid sa tiyan? oo hindi

4 Nagkaroon ka na ba ng gastric surgery (gastrectomy)? oo hindi

5 Na-diagnose ka na ba na may talamak na pagkabigo sa bato? oo hindi

6 Nakatanggap ka na ba ng eradication treatment para sa Helicobacter pylori? oo hindi

7 Mayroon ka bang kasaysayan ng anumang sakit na nangangaila ng pangmatagalang paggamit ng antibiotics (pneumonia, otitis media, empyema, atbp.)? oo hindi

8 Na-diagnose ka na ba na may immunodeficiency/immunocompromise, o umiinom ka ba ng mga steroid? oo hindi

*Kung "oo" ang sagot mo sa talatanungan sa itaas, hindi maisasagawa ang pagsusulit dahil hindi matukoy nang tama ang pagsusulit.

【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。

Pakisulat sa pulang frame na may lapis.

Iniinom mo ba ang mga sumusunod na gamot sa A.B.C?	oo	hindi
a. Mga gamot na nagpapababa ng presyon ng dugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mga gamot na nagpapababa ng asukal sa dugo o mga iniksyon ng insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.Mga gamot na kolesterol at triglyceride	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasabi na ba sa iyo ng doktor na na-stroke ka (cerebral hemorrhage, cerebral infarction, atbp.) o nakatanggap ng paggamot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasabi na ba sa iyo ng doktor na mayroon kang sakit sa pus (angina pectoris, myocardial infarction, arrhythmia, atbp.) o nakatanggap ng paggamot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinabihan ka ba ng isang doktor na mayroon kang malalang sakit sa bato o pagkabigo sa bato, o nakatanggap ka na ba ng paggamot (tulad ng artipisyal na dialysis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nasabi na ba sa iyo ng isang doktor na mayroon kang anemia (kabilang ang mga indikasyon mula sa isang medikal na checkup na doktor)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ako ay nakakuha ng higit sa 10 kg mula noong ako ay 20 taong gulang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gumagawa ng magaan na ehersisyong nakakapagpapawis ng hindi bababa sa 30 minuto sa isang pagkakataon, hindi bababa sa dalawang beses sa isang linggo sa loob ng higit sa isang taon.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ang paglalakad o paggawa ng katumbas na pisikal na aktibidad nang hindi bababa sa 1 oras sa isang araw sa pang-araw-araw na buhay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naglalakad nang mas mabilis kaysa sa ibang mga tao sa parehong edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakahinga ako ng maluwag sa pagtulong.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nilaktawan ang almusal ng tatlo o higit pang beses sa isang linggo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumakain ng hapunan sa loob ng 2 oras bago matulog 3 o higit pang araw sa isang linggo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusubukan kong maging gutom hangga't maaari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinusubukan kong kumain ng mas maraming gulay at seaweed.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iniiwasan ko ang asin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kumakain ka ba ng mga meryenda o matatamis na inumin bilang karagdagan sa tatlong pagkain ng almusal, tanghalian, at hapunan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 araw-araw <input type="checkbox"/> 2 minsan <input type="checkbox"/> 3 halos hindi natutunaw		
Gaano ka kabilis kumain kumpara sa ibang tao?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 Mabilis <input type="checkbox"/> 2 Normal <input type="checkbox"/> 3 mabagal		
Sabihin kapag ngumunguya ng pagkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 Maaari akong ngumunguya at kumain ng kahit ano. <input type="checkbox"/> 2 May mga lugar na pinagkakaabalahan tulad ng ngipin, gilagid, at tagat na maaaring maging mahirap sa pagnguya. <input type="checkbox"/> 3 Halos hindi ngumunguya		
Nais mo bang pagbutihin ang iyong mga gawi sa pamumuhay tulad ng ehersisyo at mga gawi sa pagkain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 Wala akong balak mag-improve <input type="checkbox"/> 2 Balak kong pagbutihin (sa loob ng 6 na buwan) <input type="checkbox"/> 3 Nilalayan kong mapabuti sa malapit na hinaharap at unti-unti akong nagsisimula (sa loob ng isang buwan) <input type="checkbox"/> 4 Nagsusumikap na sa mga pagpapabuti (sa loob ng 6 na buwan) <input type="checkbox"/> 5 Nagsusumikap na sa mga pagpapabuti (higit sa 6 na buwan)		
Nakatanggap ka na ba ng tiyak na gabay sa kalusugan tungkol sa pagpapabuti ng iyong mga gawi sa pamumuhay?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1 oo <input type="checkbox"/> 2 hindi		

nakaranan o kasalukuyang sakit

1. Sa ilalim ng paggamot (pag-inom ng gamot)
2. Pagpapagaling
3. Follow-up (kabilang ang dietary therapy)
4. Pabayaan ito

<input type="checkbox"/> 1 Walang partikular	Edad ng diagnosis	Situasyon
<input type="checkbox"/> 3 Mataas na presyon ng dugo	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 9 Diabetes	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 8 Dyslipidemia (mga abnormalidad sa kolesterol at triglyceride)	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 4 Stroke	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 5 Myocardial infarction/angi na pectoris	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 6 arrhythmia	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 13 Talamak na sakit sa bato (nephritis, nephrosis, atbp.)	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 14 Talamak na pagkabigo sa bato/artipisyal na dialysis	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 20 anemia	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 2 Kanser site atbp. ()	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 10 hepatitis (B · C at iba pa)	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 11 Gastric ulcer/duodenal ulcer	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 12 Iba pang mga sakit sa pagtunaw ()	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 15 Mga bato sa bato/ureteral na mga bato	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 17 Pulmonary tuberculosis/pleurisy	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 18 hika	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 21 Hyperuricemia (kabilang ang gout)	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 22 Sakit sa thyroid	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 25 Iba pang mga sakit 1 ()	8 8 歲	8
<input type="checkbox"/> 26 Iba pang mga sakit 2 ()	8 8 歲	8

Tabako (kabilang ang mga bag)

<input type="checkbox"/> 1 Naninigarilyo* (Naninigarilyo ako nitong nakaraan ng buwan)	Average kada araw	8 8 8 歲	sigarilyo
<input type="checkbox"/> 2 Naninigarilyo ako dati* (Hindi ako naninigarilyo nitong nakaraang buwan)		8 8 歲	taon
<input type="checkbox"/> 3 Huwag manigarilyo (maliban sa 1 & 2)			

*Naninigarilyo ng higit sa 6 na buwan sa iyong buhay, o naninigarilyo ng kabuuang 100 sigarilyo

Para sa babae

May regla ka ba? oo hindi

Buntis ka ba buntis Posibilidad ng pagbubuntis hindi

Hindi sumailalim sa lung cancer/stomach cancer

Mga sintomas sa huling 3 buwan

<input type="checkbox"/> 1 Walang partikular
<input type="checkbox"/> 2 Tumutunog sa aking mga tainga
<input type="checkbox"/> 3 Patuloy na ubo at plema Bisitahin ang isang institusyong medikal Lumalabas ang plema ng dugo (sa loob ng 6 na buwan) Humingi ng agarang medikal na atensyon
<input type="checkbox"/> 4 Minsan Masakit ang Ulo o Mabigat
<input type="checkbox"/> 6 Pagkahilo o Nakatayo na Pagkahilo
<input type="checkbox"/> 7 Pananakit ng dibdib o Pakiramdam ng presyon sa Dibdib
<input type="checkbox"/> 8 Maaaring hindi regular ang pulso
<input type="checkbox"/> 9 Palpitations at igsi ng paghinga
<input type="checkbox"/> 10 Sakit sa likod
<input type="checkbox"/> 11 Matinding matigas na balikat.
<input type="checkbox"/> 12 Sakit o kakulangan sa ginhawa sa Tiyan
<input type="checkbox"/> 13 Walang Gana
<input type="checkbox"/> 14 Mahilig sa Pagtatae
<input type="checkbox"/> 15 Madalas na hirap sa pagtulog
<input type="checkbox"/> 16 Pagkapagod at Pagod
<input type="checkbox"/> 17 Iba pa (sa loob ng 10 character) ()

alak

Ang dalas ng pag-inom (sake, shochu, beer, Western liquor, atbp.)

<input type="checkbox"/> 1 Araw-araw	<input type="checkbox"/> 7 Ako ay huminto
<input type="checkbox"/> 2 5-6 na araw sa isang linggo	<input type="checkbox"/> 8 Hindi ako umiinom (hindi ako makainom)
<input type="checkbox"/> 3 3-4 na araw sa isang linggo	
<input type="checkbox"/> 4 1-2 araw sa isang linggo	
<input type="checkbox"/> 5 1 hanggang 3 araw sa isang buwan	
<input type="checkbox"/> 6 Wala pang 1 araw sa isang buwan	

Ang dami ng nainom na alak bawat araw sa mga araw ng pag-inom

<input type="checkbox"/> 1 Mababa sa 1 tasa
<input type="checkbox"/> 2 Mababa sa 1-2 tasa
<input type="checkbox"/> 3 Mababa sa 2-3 tasa
<input type="checkbox"/> 4 Mababa sa 3-5 tasa
<input type="checkbox"/> 5 5 tasa o higit pa

1 tasa ng sake (15% alcohol, 180mL)
Beer (5% alcohol, 500mL)
Shochu (25% alak, 110mL)
Alak (14% alak, 180mL)
Whisky (43% alak, 60mL)
Canned Chu-Hi (5% alcohol, 500mL)
Canned Chu-Hi (7% alcohol, 350mL)