

**Permintaan** Harap diisi dengan **pensil** dengan **contoh**. Harap jangan melipat kertas ini.

**Ini adalah contoh cara mengisi formulir,  
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini**

Riwayat penyakit	Harap isi dengan <b>[nama penyakit]</b> yang relevan, <b>[usia saat muncul penyakit]</b> , serta <b>kondisi pengobatan</b> .																																																							
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kondisi pengobatan           <table border="1"> <tr> <td>0.Dalam pengobatan (Ada obat)</td> <td>1.Dalam pengobatan (Tanpa obat)</td> </tr> <tr> <td>2.Dalam masa observasi</td> <td>3.Sembuh total</td> </tr> <tr> <td>4.Dioperasi</td> <td>5.Dibiarkan</td> </tr> </table> </li> </ul>						0.Dalam pengobatan (Ada obat)	1.Dalam pengobatan (Tanpa obat)	2.Dalam masa observasi	3.Sembuh total	4.Dioperasi	5.Dibiarkan																																													
0.Dalam pengobatan (Ada obat)	1.Dalam pengobatan (Tanpa obat)																																																							
2.Dalam masa observasi	3.Sembuh total																																																							
4.Dioperasi	5.Dibiarkan																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada	<b>[Contoh pengisian]</b> Penyakit jantung/Muncul penyakit 45 tahun/jika sedang dalam pengobatan oral <b>[Nama penyakit]</b> <b>01 Penyakit jantung</b> <b>02 Stroke</b> <b>03 Hipertensi</b> <b>04 Diabetes</b> <b>05 Penyakit ginjal</b> <b>06 Hiperuricemia (penyakit asam urat)</b> <b>07 Penyakit hati</b> <b>08 Dislipidemia (Hiperlipidemia)</b>																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nama penyakit</th> <th rowspan="2">Usia saat muncul penyakit</th> <th rowspan="2">Kondisi pengobatan</th> <th colspan="2">Nama penyakit</th> <th rowspan="2">Usia saat muncul penyakit</th> <th rowspan="2">Kondisi pengobatan</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="7">Nama penyakit lainnya Jika mengisi 17 (Penyakit lainnya) di kolom nama penyakit, harap isi nama penyakit secara spesifik di kolom sebelah kanan</td> </tr> <tr> <td colspan="7">17 Penyakit lainnya</td> </tr> </tbody> </table>						Nama penyakit	Usia saat muncul penyakit	Kondisi pengobatan	Nama penyakit		Usia saat muncul penyakit	Kondisi pengobatan	1	5	1					5		2					6		3					7		4					8		Nama penyakit lainnya Jika mengisi 17 (Penyakit lainnya) di kolom nama penyakit, harap isi nama penyakit secara spesifik di kolom sebelah kanan							17 Penyakit lainnya						
Nama penyakit	Usia saat muncul penyakit	Kondisi pengobatan	Nama penyakit		Usia saat muncul penyakit				Kondisi pengobatan																																															
			1	5																																																				
1					5																																																			
2					6																																																			
3					7																																																			
4					8																																																			
Nama penyakit lainnya Jika mengisi 17 (Penyakit lainnya) di kolom nama penyakit, harap isi nama penyakit secara spesifik di kolom sebelah kanan																																																								
17 Penyakit lainnya																																																								
Gejala subjektif	Harap diisi dengan nomor untuk <b>gejala yang relevan</b> .																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada	01 Kelelahan seluruh badan	07 Pusing / vertigo	16 Sakit dada / sakit punggung	35 Sakit pinggang	1																																																			
	03 Berat badan naik (lebih dari 3kg)	08 Kurang tidur	21 Nyeri lambung / sakit perut	36 Nyeri sendi / pembengkakan	2																																																			
	04 Berat badan turun (Lebih dari 3kg)	09 Bengkak	23 Sembelit	43 Mata lelah / nyeri	3																																																			
	05 Anoreksia	10 Jantung berdebar / sesak napas	24 Diare		4																																																			
	06 Sakit kepala / kepala berat	13 Batuk / dahak	29 Kebas, kesemutan di tangan atau kaki	39 Lainnya ( )	5																																																			
Riwayat pekerjaan	Harap diisi dengan nomor pekerjaan yang pernah dilakukan.																																																							
<input checked="" type="checkbox"/> Tidak relevan	07 Pekerjaan berat	1	4																																																					
01 Pekerjaan pada panas tinggi	08 Pekerjaan pada kebisingan	1	4																																																					
02 Pekerjaan pada suhu rendah	09 Pekerjaan di bawah tanah	2	5																																																					
03 Pekerjaan yang terkait radiasi	10 Pekerjaan di larut malam	2	5																																																					
04 Pekerjaan yang kotor / berdebu	11 Pekerjaan penanganan material berbahaya	3	5																																																					
05 Pekerjaan pada tekanan udara abnormal	12 Pekerjaan yang berdebu, berupa, dan gas beracuan	3	5																																																					
06 Pekerjaan dengan getaran	13 Pekerjaan kontaminasi patogen	1	4																																																					
<b>Kondisi pekerjaan</b> Bagi yang saat ini masih bekerja, harap diisi dengan nomor yang relevan.																																																								
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pada tempat kerja saat ini, seperti apa struktur kerjanya?           <table border="1"> <tr> <td>1 Shift pagi normal</td> <td>2 Shift malam normal</td> <td>3 Sistem pergantian shift (Ada dua shift, shift pagi dan malam)</td> </tr> </table> </li> <li>Di tempat kerja saat ini, berapa rata-rata jumlah jam kerja per hari dalam satu bulan terakhir?           <table border="1"> <tr> <td>1 Kurang dari 6 jam</td> <td>2 Lebih dari 6 jam kurang dari 8 jam</td> <td>3 Lebih dari 8 jam kurang dari 10 jam</td> <td>4 Lebih dari 10 jam</td> </tr> </table> </li> <li>Di tempat kerja saat ini, berapa rata-rata jumlah hari kerja dalam seminggu di satu bulan terakhir?           <table border="1"> <tr> <td>1 Kurang dari 3 hari</td> <td>2 Lebih dari 3 hari kurang dari 5 hari</td> <td>3 5 hari</td> <td>4 Lebih dari 6 hari</td> </tr> </table> </li> </ul>						1 Shift pagi normal	2 Shift malam normal	3 Sistem pergantian shift (Ada dua shift, shift pagi dan malam)	1 Kurang dari 6 jam	2 Lebih dari 6 jam kurang dari 8 jam	3 Lebih dari 8 jam kurang dari 10 jam	4 Lebih dari 10 jam	1 Kurang dari 3 hari	2 Lebih dari 3 hari kurang dari 5 hari	3 5 hari	4 Lebih dari 6 hari																																								
1 Shift pagi normal	2 Shift malam normal	3 Sistem pergantian shift (Ada dua shift, shift pagi dan malam)																																																						
1 Kurang dari 6 jam	2 Lebih dari 6 jam kurang dari 8 jam	3 Lebih dari 8 jam kurang dari 10 jam	4 Lebih dari 10 jam																																																					
1 Kurang dari 3 hari	2 Lebih dari 3 hari kurang dari 5 hari	3 5 hari	4 Lebih dari 6 hari																																																					
<table border="1"> <tr> <td>Riwayat pengobatan Helicobacter pylori</td> <td>Ada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Tidak ada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reseksi lambung</td> <td>Ada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>Tidak ada</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>						Riwayat pengobatan Helicobacter pylori	Ada	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ada	<input checked="" type="checkbox"/>	Reseksi lambung	Ada	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ada	<input checked="" type="checkbox"/>																																									
Riwayat pengobatan Helicobacter pylori	Ada	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ada	<input checked="" type="checkbox"/>																																																				
Reseksi lambung	Ada	<input checked="" type="checkbox"/>	Tidak ada	<input checked="" type="checkbox"/>																																																				

\*Persetujuan terkait penanganan data pribadi dalam pemeriksaan kesehatan... Setuju  Tidak setuju

**Ini adalah contoh cara mengisi formulir,  
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini**

## Revolusi kesehatan

~Perubahan diri sendiri adalah langkah awal menuju kesehatan~



**Ini adalah contoh cara mengisi formulir,  
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini**

## Lembar Pemeriksaan Kesehatan



Harap jangan potong potong di sini.

- Permintaan**
- Harap diisi dengan **pensil** (sebisa mungkin di **atas B**) hanya di dalam kotak tebal pada halaman 2 dan 4.
  - Jika nama, tanggal lahir sudah tercetak sebelumnya, periksa poin tersebut, jika menemukan kesalahan, harap diperbaiki dengan **pensil**.
  - Kertas ini akan diproses dengan mesin sehingga tidak boleh dilipat atau ditekuk kecuali pada bagian yang bergaris putus-putus.

~Perubahan diri sendiri adalah langkah awal menuju kesehatan~

(Perusahaan umum) Organisasi Asosiasi Federasi Nasional Kesehatan

Pekerjaan

Sertifikasi Sistem Evaluasi Fungsional Layanan Kesehatan pekerjaan

Yayasan Umum Yayasan Kesehatan Infomasi Medis

### Poin perhatian saat pengisian

<input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Contoh pengisian	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	

\*Harap diisi dengan tidak keluar dari kotak.

Contoh pengisian

Nama	Katakana	F	u	k	u	i	o	j	i	r	o
Kanji	福	岡		次	郎						
Tanggal lahir	T	(S)	H	5	0	Tahun	0	7	Bulan	0	Tahun

- Untuk nama dengan huruf Kana, harap berikan jarak 1 kotak antara nama depan dan belakang. Harap gunakan 1 kotak untuk tanda konsonan.
- Untuk nama dengan huruf Kanji, harap berikan jarak 1 kotak antara nama depan dan belakang.



Situs Yayasan  
Kesehatan  
Informasi Medis

4F Koshin Building, 4-15 Tenya-cho, Hakata-ku, Fukuoka-shi, 812-0025

<Kantor Pusat> TEL (092)272-2391 FAX (092)272-2392

<Layanan informasi> TEL (092)271-6421 FAX (092)271-6422

<https://www.kenko-zaidan.or.jp>

Ini adalah contoh cara mengisi formulir,  
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini

101

Ini adalah contoh cara mengisi formulir,  
jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini

## Lembar Pertanyaan Pemeriksaan Kesehatan Khusus

- Harap diisi pada setiap nomor yang sesuai dengan contoh karakter untuk pengisian.

Contoh karakter untuk pengisian **1 2 3 4 5**

1 Apakah pernah diberitahu oleh dokter bahwa Anda menderita penyakit ginjal kronis, gagal ginjal, serta menjalani pengobatan (hemodialisis, dll.)?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
2 Apakah saat ini memiliki kebiasaan merokok? (*"Bagi yang memiliki kebiasaan merokok" artinya apabila memenuhi kriteria 1 dan kriteria 2) Kriteria 1: Merokok 1 bulan terakhir Kriteria 2: Merokok lebih dari 6 bulan atau merokok lebih dari 100 batang selama hidupnya		<table border="1"> <tr> <td>1: Ya (memenuhi kriteria 1 dan kriteria 2)</td> </tr> <tr> <td>2: Sebelumnya merokok, namun 1 bulan terakhir tidak merokok (hanya memenuhi kriteria 2)</td> </tr> <tr> <td>3: Tidak (selain nomor 1 dan 2 di atas)</td> </tr> </table>	1: Ya (memenuhi kriteria 1 dan kriteria 2)	2: Sebelumnya merokok, namun 1 bulan terakhir tidak merokok (hanya memenuhi kriteria 2)	3: Tidak (selain nomor 1 dan 2 di atas)					
1: Ya (memenuhi kriteria 1 dan kriteria 2)										
2: Sebelumnya merokok, namun 1 bulan terakhir tidak merokok (hanya memenuhi kriteria 2)										
3: Tidak (selain nomor 1 dan 2 di atas)										
3 Apakah berat badan naik lebih dari 10 kg dari berat badan saat umur 20 tahun?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
4 Apakah setiap minggu melakukan lebih dari 2 hari olahraga ringan yang mengeluarkan keringat dan 1 kalinya lebih dari 30 menit?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
5 Apakah dalam kehidupan sehari-hari melakukan aktivitas tubuh seperti berjalan atau sejenisnya lebih dari 1 jam dalam 1 hari?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
6 Apakah kecepatan berjalan lebih cepat jika dibandingkan dengan yang seumur dan berkelamin sama?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
7 Kondisi mana yang sesuai saat Anda makan dan mengunyah makanan? 1: Bisa makan dengan mengunyah apapun 2: Ada bagian yang dikhawatirkan seperti gigi, gusi, gigitan, dan area lainnya, sehingga sulit 3: Hampir tidak bisa mengunyah		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
8 Apakah kecepatan makan lebih cepat dibandingkan orang lain?		<input checked="" type="checkbox"/> Cepat <input type="checkbox"/> Lambat <input type="checkbox"/> Normal								
9 Apakah melakukan makan malam kurang dari 2 jam sebelum tidur seminggu lebih dari 3 kali?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
10 Apakah mengkonsumsi snack atau minuman manis selain makan 3 kali yaitu sarapan, makan siang, dan malam? 1: Setiap hari 2: Kadang-kadang 3: Hampir tidak melakukan		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								
11 Apakah pernah tidak sarapan seminggu lebih dari 3 kali?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
12 Apakah istirahat dan tidur dengan cukup?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
13 Seberapa sering Anda minum alkohol (sake, shochu, bir, alkohol ala Barat)? (*"Berhenti" adalah bagi yang sebenarnya memiliki riwayat kebiasaan minum alkohol lebih dari 1 kali per bulan, dan lebih dari 1 tahun terakhir tidak minum alkohol)		<table border="1"> <tr> <td>1: Setiap hari</td> <td>5: 1~3 hari per bulan</td> </tr> <tr> <td>2: 5~6 hari seminggu</td> <td>6: Kurang dari 1 hari per bulan</td> </tr> <tr> <td>3: 3~4 hari seminggu</td> <td>7: Berhenti</td> </tr> <tr> <td>4: 1~2 hari seminggu</td> <td>8: Tidak minum (tidak bisa minum)</td> </tr> </table>	1: Setiap hari	5: 1~3 hari per bulan	2: 5~6 hari seminggu	6: Kurang dari 1 hari per bulan	3: 3~4 hari seminggu	7: Berhenti	4: 1~2 hari seminggu	8: Tidak minum (tidak bisa minum)
1: Setiap hari	5: 1~3 hari per bulan									
2: 5~6 hari seminggu	6: Kurang dari 1 hari per bulan									
3: 3~4 hari seminggu	7: Berhenti									
4: 1~2 hari seminggu	8: Tidak minum (tidak bisa minum)									
14 Seberapa banyak alkohol yang dikonsumsi per hari saat hari minum alkohol? Standar 1 go sake Jepang (alkohol 15%, volume 180ml): Bir (setara 5%, 500ml), shochu (setara 25%, 110ml), anggur (setara 14%, sekitar 180ml), wiski (setara 43%, 60ml), chuhai kaleng (setara 5%, sekitar 500ml, 7% sekitar 350ml)		<table border="1"> <tr> <td>1: Kurang dari 1 go</td> <td>4: Kurang dari 3 - 5 go</td> </tr> <tr> <td>2: Kurang dari 1 - 2 go</td> <td>5: Lebih dari 5 go</td> </tr> <tr> <td>3: Kurang dari 2 - 3 go</td> <td></td> </tr> </table>	1: Kurang dari 1 go	4: Kurang dari 3 - 5 go	2: Kurang dari 1 - 2 go	5: Lebih dari 5 go	3: Kurang dari 2 - 3 go			
1: Kurang dari 1 go	4: Kurang dari 3 - 5 go									
2: Kurang dari 1 - 2 go	5: Lebih dari 5 go									
3: Kurang dari 2 - 3 go										
15 Apakah Anda berniat memperbaiki gaya hidup seperti olahraga dan pola makan, dll?		<table border="1"> <tr> <td>1: Tidak ada rencana memperbaiki</td> </tr> <tr> <td>2: Ada rencana memperbaiki (umumnya dalam waktu 6 bulan)</td> </tr> <tr> <td>3: Ada rencana memperbaiki dalam waktu dekat (umumnya dalam waktu 1 bulan), dimulai sedikit</td> </tr> <tr> <td>4: Telah berusaha untuk memperbaiki (kurang dari 6 bulan)</td> </tr> <tr> <td>5: Sedang berusaha untuk memperbaiki (lebih dari 6 bulan)</td> </tr> </table>	1: Tidak ada rencana memperbaiki	2: Ada rencana memperbaiki (umumnya dalam waktu 6 bulan)	3: Ada rencana memperbaiki dalam waktu dekat (umumnya dalam waktu 1 bulan), dimulai sedikit	4: Telah berusaha untuk memperbaiki (kurang dari 6 bulan)	5: Sedang berusaha untuk memperbaiki (lebih dari 6 bulan)			
1: Tidak ada rencana memperbaiki										
2: Ada rencana memperbaiki (umumnya dalam waktu 6 bulan)										
3: Ada rencana memperbaiki dalam waktu dekat (umumnya dalam waktu 1 bulan), dimulai sedikit										
4: Telah berusaha untuk memperbaiki (kurang dari 6 bulan)										
5: Sedang berusaha untuk memperbaiki (lebih dari 6 bulan)										
16 Apakah selama ini pernah mendapat bimbingan perawatan kesehatan khusus, terkait perbaikan gaya hidup?		<input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								

Harap jangan mengisi di dalam kotak ini.

Nama organisasi																
Nama	Kana											Jenis kelamin	Pria / Wanita			
Kanji																
Tanggal lahir	T	S	H	Tahun			Bulan	Tanggal			Usia	Tahun				

Organisasi	Kategori	Lokasi	Ajur

ID No	Selasa		Rabu		Kamis		Jumat		Sabtu		Minggu	
	1000 Hz (dB)	4000 Hz (dB)	Mata telanjang kanan	Mata telanjang kiri	Kanan (terkoreksi)	Kiri (terkoreksi)	Setelah makan					
1000 Hz (dB)	<input checked="" type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	<input type="checkbox"/> Temuan	<input type="checkbox"/> Kiri	<input type="checkbox"/> Temuan	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	<input type="checkbox"/> Temuan	<input type="checkbox"/> Kiri	
4000 Hz (dB)	<input type="checkbox"/> Kanan	<input checked="" type="checkbox"/> Kiri	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	<input type="checkbox"/> Temuan	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Temuan	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	<input type="checkbox"/> Temuan	<input type="checkbox"/> Kiri	
Metode percakapan	<input type="checkbox"/> Temuan Kanan	<input type="checkbox"/> Temuan Kiri	<input type="checkbox"/> Temuan Kanan	<input type="checkbox"/> Temuan Kiri	[Penilaian]		1. Tidak ada temuan	2. Ada temuan				
Protein	<input type="checkbox"/> Gula		<input type="checkbox"/> Urobilinogen									
Darah samar	<input type="checkbox"/> pH		<input type="checkbox"/> Sedang menstruasi	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak							
			<input type="checkbox"/> Selang hamil	<input type="checkbox"/> Ada kemungkinan	<input type="checkbox"/> Tidak							

Penilaian	3: ±	*Isi pH dengan nilai
[Penilaian]	1:-	4++
2: ±	5+++	5~9

Penilaian	1. Diperlukan observasi	2. Diperlukan pemeriksaan lanjut
Nomor temuan	Penilaian	
<input type="checkbox"/> Nomor temuan	<input type="checkbox"/> Penilaian	
<input type="checkbox"/> Nomor temuan	<input type="checkbox"/> Penilaian	
<input type="checkbox"/> Nomor temuan	<input type="checkbox"/> Penilaian	

\*Untuk temuan lainnya, harap diisi di bawah

Temuan pemeriksaan	Temuan	Nomor temuan	Temuan
Nomor temuan	Temuan	Nomor temuan	Temuan
01 Denyut nadi cepat	13 Palmar eritema		
02 Denyut nadi lambat	14 Pembesaran amandel		
03 Gangguan denyut jantung	15 Radang amandel		
04 Murmur jantung	16 Radang tenggorokan		
05 Detak jantung tidak normal	17 Penyakit kuning		
06 Suara napas tidak normal	18 Konjungtiva anemis pada kelopak mata		
07 Bengkak	19 Sufusi konjungtiva		
08 Limfadenopati serviks	20 Kongesti konjungtiva palpebra		
09 Pembesaran kelenjar tiroid	21 Kelainan konjungtiva palpebra		
10 Pembesaran kelenjar submandibular	22 Nyeri tekan epigestrum		
11 Angioma laba-laba	23 Asma Bronkiat		
12 Clubbing finger	24 Nyeri punggung bawah		
	25 Kelainan persendian		
	99 Lainnya		

Ada temuan

Elektrokardiogram	Detak nadi	Hari pertama	Hari kedua
Tes seluler	Berdihlik	Kanker payudara	Kanker serviks
<input type="checkbox"/> Tes seluler	<input type="checkbox"/> Berdihlik	<input type="checkbox"/> Detak nadi	<input type="checkbox"/> Hari pertama
<input type="checkbox"/> Kanker payudara	<input type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> Kanker payudara	<input type="checkbox"/> Hari kedua

Osteoporosis	Penilaian	USG karotis	Wawancara terlepas
USG penit	No.	No.	No.
<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Penilaian	<input type="checkbox"/> USG karotis	<input type="checkbox"/> Wawancara terlepas
<input type="checkbox"/> USG penit	<input type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> No.	<input type="checkbox"/> No.

Pemeriksaan kesehatan khusus	Pneumonitis	Organik	Catatan
Tekanan udara tinggi	Timbal tetraektil	Timbal	
<input type="checkbox"/> Tekanan udara tinggi	<input type="checkbox"/> Pneumonitis	<input type="checkbox"/> Organik	
<input type="checkbox"/> Timbal tetraektil	<input type="checkbox"/> Timbal	<input type="checkbox"/> Laser	

Penilaian	Normal	Abnormal	Lainnya
Zat kimia	1. Normal	1. Abnormal	
<input type="checkbox"/> Zat kimia	<input type="checkbox"/> 1. Normal	<input type="checkbox"/> 1. Abnormal	
<input type="checkbox"/> Wawancara terlepas	<input type="checkbox"/> 2. Influenza	<input type="checkbox"/> 2. Getaran	

Getaran	Abstraksi	Abstraksi	Abstraksi
Getrakan	Abstraksi	Abstraksi	Abstraksi
<input type="checkbox"/> Getrakan	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi
<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi

Abstraksi	Abstraksi	Abstraksi	Abstraksi
Abstraksi	Abstraksi	Abstraksi	Abstraksi
<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi
<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi	<input type="checkbox"/> Abstraksi

\* Lembar pertanyaan pemeriksaan ini adalah lembar pertanyaan pemeriksaan standar jika dilaksanakan secara bersamaan poin pemeriksaan kesehatan khusus berdasarkan undang-undang terkait penjaminan medis lansia dan pemeriksaan kesehatan berkala sesuai dengan undang-undang keselamatan dan kesehatan kerja.

# Contoh (Depan)

Pastikan untuk mengisi formulir terlebih dahulu agar Anda dapat melakukan pemeriksaan yang lancar pada hari pemeriksaan.

< Tindakan pencegahan saat mengisi formulir >

- Gunakan pensil padat(2B) **Jangan keluar dari kolom entri** Silakan isi formulir dengan hati-hati
- Harap beri spasi di antara nama depan dan nama belakang.

Nama perusahaan														
Nama													jenis kelamin	Laki-laki / Perempuan
Tanggal lahir	T	S	H	Tahun	Bulan	Tanggal	umur	tahun						

Untuk penyakit lain, silakan masukkan [17] di kolom nama penyakit dan masukkan nama penyakit di bingkai

\* Jika ada lebih dari satu [17], silakan masukkan nama masing-masing penyakit.

Harap isi hanya informasi Anda sendiri dalam bingkai ini

Isi pekerjaan yang Anda miliki pengalaman

The form contains several sections:

- 病歴**: A grid for listing diseases with columns for name, onset age, treatment status, and duration.
- 自覚症状**: A grid for listing symptoms with columns for name and description.
- 業務歴**: A grid for listing work experience with columns for name and description.
- 勤務状況**: Questions about current work status and hours worked.
- 家族歴**: A grid for family history with columns for name and relationship.

Jika status pengobatan kosong, maka akan didaftarkan di anamnesis

\* [2: Tindak lanjut] juga sedang dirawat

Jika Anda sedang bekerja, silakan isi

# Contoh (sisi belakang)

Jika Anda berusia 40 tahun atau lebih (selama tahun fiskal berjalan), pastikan untuk mengisi formulir. Pastikan untuk mengisi daftar minum dan merokok Anda. Harap juga isi item non-tembakau (misalnya rokok elektrik)



## 特定健康診査問診票

記入字体例 1 2 3 4 5

●各項目のあてはまる数字を記入字体例にならって記入してください。

1	医師から、慢性腎臓病や腎不全に罹っていると言われたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
2	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす場合) 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月間以上吸っている	1: はい(条件1と条件2を両方満たす) 2: 以前は吸っていたが、最近1ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3: いいえ(上記1・2以外)	8				
	本数	88	本/日	88	期間	88	年
3	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
4	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
5	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
6	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
7	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1: 何でもかんで食べることができる 2: 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある 3: ほとんどかめない	8				
8	人と比較して食べる速度が速いですか	速い <input type="checkbox"/> 遅い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/>					
9	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
10	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	1: 毎日 2: 時々 3: ほとんどしない	8				
11	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
12	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					
13	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)はどの位の頻度で飲みますか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	1: 毎日 2: 週5~6日 3: 週3~4日 4: 週1~2日 5: 月に1~3日 6: 月に1日未満 7: やめた 8: 飲まない(飲めない)	8				
14	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの位ですか。 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、 ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	1: 1合未満 2: 1~2合未満 3: 2~3合未満 4: 3~5合未満 5: 5合以上	8				
15	運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。	1: 改善するつもりはない 2: 改善するつもりはある(概ね6ヶ月以内) 3: 近いうちに(概ね1ヶ月以内)改善するつもりであり、少しづつ始めている 4: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月未満) 5: 既に改善に取り組んでいる(6ヶ月以上)	8				
16	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>					

\*本問診票は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等と高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査の項目を同時に実施する場合の標準的な問診票です。



Rokok	Ya	Tidak	Berhenti		
Saat ini kebiasaan merokok	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Jumlah rokok yang dihisap (Ya/Berhenti) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buku/Han		
Masa (Ya/Berhenti) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tahu		
* Perokok biasa berarti "mereka yang sejauh ini telah merokok total $\geq 100$ batang rokok atau telah merokok selama $\geq 6$ bulan" dan "mereka yang telah merokok dalam sebulan terakhir".					
Centang "Berhenti" jika Anda telah berhenti merokok baru-baru ini dan tidak merokok selama 1 bulan					
Alkohol	Masukkan nilai numerik				
Frekuensi	1. Setiap hari				
	2. Kadang-kadang				
	3. Tidak				
Jumlah per hari	1. $< 1$ go				
Jumlah yang setara dengan 1 go (180 mL) sake	2. 1 - $< 2$ go				
Botol bir sedang $\times$ 500 mL)	3. 2 - $< 3$ go				
Roh suling 25° (110 mL)	4. $\geq 4$ go				
Wiski ganda (60 mL)					
Dua gelas anggur (240 mL)	(Setiap hari/Kadang-kadang)				

Gejala		Subjektif (Peserta ujian)	Obyektif (Dokter)	Gejala		Subjektif (Peserta ujian)	Obyektif (Dokter)	Gejala		Subjektif (Peserta ujian)	Obyektif (Dokter)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Ini adalah contoh cara mengisi formulir, jadi mohon jangan menuliskannya langsung pada formulir ini</b>											
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			<	

★ Wawancara pneumoconiosis diwarnai agar dokter mudah dipahami

- 2

Departemen					Masa kerja : <input type="text"/> bulan
Nomor Karyawan		Tanggal kerja		Kesehatan No.	

Masukkan "/" jika dibatalkan

[Hasil urinalisis] 1 : (-) 2 : (+) 3 : (+) 4 : (2+) 5 : (3+)

- 3 -

**Nota** Terjemahan ini hanya untuk tujuan referensi. Jawaban Anda harus dimasukkan pada formulir asli bahasa

**Nota** Silakan isi dengan pulpen.

● Riwayat medis masa lalu			Pastikan untuk mencantang kotak "N/A" dalam riwayat masa lalu jika Anda tidak memiliki riwayat medis.			<input type="checkbox"/> Centang kotak nama penyakit jika Anda memiliki riwayat medis saat ini atau masa lalu.	
Nama penyakit	Sedang dirawat	Sejarah masa lalu	Nama penyakit	Sedang dirawat	Sejarah masa lalu		
00 Tidak ada kelainan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25 Emfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10 Hipertensi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40 Konjungtivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11 Penyakit jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41 Keratitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12 Penyakit hati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42 air terjun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43 Retinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14 Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54 Neuralgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15 Gout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55 Nyeri punggung bawah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
16 Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 Dermatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17 Ulkus lambung atau duodenum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61 Otitis media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
18 Penyakit ginjal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70 Penyakit Meniere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
20 tuberkulosis paru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71 Ketidakseimbangan otonom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
21 Radang selaput dada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	73 Sindrom Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
22 Bronkitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85 Keracunan pelarut organik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23 Bronkiktasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	86 Kecanduan bahan kimia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
24 Asma bronkial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88 Asbestosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<input checked="" type="radio"/> <b>Rokok</b>	Ya	Tidak	Berhenti
Saat ini kebiasaan merokok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jumlah rokok yang dihisap (Ya/Berhenti) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buku/Hari
Masa (Ya/Berhenti) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tahun
* Perokok biasa berarti "mereka yang sejauh ini telah merokok total >= 100 batang rokok atau telah merokok selama >= 6 bulan" dan "mereka yang telah merokok dalam sebulan terakhir".			
Centang "Berhenti" jika Anda telah berhenti merokok baru-baru ini dan tidak merokok selama 1 bulan.			

<input checked="" type="radio"/> <b>Alkohol</b>	Masukkan nilai numeric.
Frekuensi	1. Setiap hari
	2. Kadang-kadang
	3. Tidak
Jumlah per hari	1. < 1 go
	2. 1 - < 2 go
	3. 2 - < 3 go
	4. ≥ 4 go
	(Setiap hari/Kadang-kadang) ↑
Jumlah yang setara dengan 1 go (180 mL) sake Babir sedang = 1 (500 mL) Rohngasing = 2½ (110 mL) Wiski/ganda = 60 mL Dua gelas anggur = 240 mL	

● Gejala subjektif/objektif			Pastikan untuk mencantang kotak "N/A" jika Anda tidak memiliki gejala subjektif.			<input type="checkbox"/> Centang kotak gejala jika Anda memiliki gejala subjektif.		
Gejala			Subjektif (Peserta ujian)	Objektif (Dokter)	OGejala	Subjektif (peserta ujian)	Objektif (Dokter)	Gejala
000 Tidak ada kelainan	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	821 *Reflex tendon patela abnormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	822 *Reflex tendon Achilles abnormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101 Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102 Pusing atau pusing setelah berdiri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151 Kehilangan penglihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153 Ketegangan mata / nyeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202 Bagian dalam hidung saya kesemutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
252 Tenggorokan saya kesemutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
300 Irritasi kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
302 Kulit berubah menjadi merah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
304 Ada naksir pada kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
355 Palpitasi atau sesak napas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
400 Saya merasa mual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
401 Memuntahkan apa yang Anda makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
402 Kehilangan nafsu makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
404 Saya sakit perut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
502 Tangan, jari, dan lenganku gemetar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
503 Mati rasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
504 Jari dan lenganku sakit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
506 Mati rasa di kaki, pinggang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
507 Saya sakit di kaki saya, pinggang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
508 Kekuatankengeraman telah melemah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
550 Penurunan berat badan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
551 Gangguan tidur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
552 Saya merasa tidak nyaman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
553 menjadi kesal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
554 Kurang konsentrasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182 *Kekeruhan lensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
303 *Kulit kering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
305 *Kuku abnormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ini adalah bidang entri dokter, tolong jangan mengisi apa

Ini adalah area di mana dokter mengisi

...Peringatan mengenai komentar dokter --  
 (1) Jika tidak ada gejala objektif dalam daftar, pastikan untuk mencantang "N/A".  
 (2) Tambahkan hanya gejala yang dianggap disebabkan oleh pekerjaan khusus.  
 (3) Tulis dengan jelas untuk impor data ke dalam sistem komputer.  
 (4) Pastikan untuk tulis nama dokter (segera) meskipun Anda tidak memiliki komentar.  
 (5) Gejala objektif dengan tanda bintang (\*) terutama memerlukan pengamatan yang cermat.

Komentar dokter (gejala yang disebabkan oleh pekerjaan khusus)

\* Pneumoconiosis Kesulitan bernapas I/ II/ III/ IV/ V

◆ Asbes

Nama dokter