

Este é um exemplo de tradução estilística de uma palavra, portanto, não escreva diretamente

*Sobre o consentimento quanto ao tratamento de informações pessoais durante exames de saúde (descritos na capa)... Concordo

Este é um exemplo de tradução estilística de uma palavra, portanto, não escreva diretamente

renascimento da saúde

~Transformar-se é o primeiro passo para uma boa saúde~

MI+3

Formulário de exame de saúde



Smart Life Projectで 健康寿命をのばしましょう。

Este é um exemplo de tradução estilística de uma palavra, portanto, não escreva diretamente

Por favor/Pedido ● Por favor preencha apenas as linhas em negrito nas páginas 2 e 4 usando um **lápis** (de preferência **B ou superior**).

- Se você imprimiu seu nome, data de nascimento, etc. com antecedência, verifique o conteúdo e corrija quaisquer erros usando um **Lápis**.

- Este papel será processado mecanicamente, portanto não o dobre nem amasse exceto nas perfurações.

Observações sobre o preenchimento do formulário.

Exemplo de preenchimento

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

Exemplo de preenchimento

*Preencha o formulário de modo que ele não ultrapasse a moldura.

Exemplo de preenchimento

Nome completo	Kazuhiko	F	u	u	o	a	j	i	r	o			
Kanji	福	岡	次	郎									
data de nascimento		T	S	H	5	0	Ano	0	7	Mês	0	7	Dia

*Por favor, deite um espaço entre seu nome e sobrenome ao escrever seu nome em kana. Por favor use 1 quadrado para dakuten.

*Por favor, deite um espaço entre seu nome e sobrenome ao escrever seu nome em kanji.

Renascimento da saúde ~ A autotransformação é o primeiro passo para a saúde ~

(Empresa pública) Organização membro da Federação Nacional de Organizações de Saúde Ocupacional

Certificado pela
Saúde Ocupacional
Fundação geral

<Sede> TEL (092) 2/2-2391 FAX (092) 2/2-2392

<Consultas> TEL (092) 271-6421 F

Este é um exemplo de tradução estilística de uma palavra, portanto, não escreva diretamente

Questionário específico de exame de saúde

● Por favor, preencha o número apropriado para cada item, seguindo o exemplo do tipo de letra. Exemplo do tipo de letra 1 2 3 4 5

1	Você foi informado por um médico que tem doença renal crônica ou insuficiência renal, ou está em tratamento (por exemplo, diálise)?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
2	Atualmente você fuma regularmente? ("Atualmente fumante habitual" é definido como uma pessoa que satisfaz tanto a condição 1 quanto a condição 2) Condição 1: Fumei no último mês Condição 2: Fumar por mais de 6 meses na vida ou ter fumado mais de 100 cigarros no total.				1: Sim (ambas as condições 1 e 2 são atendidas) 2: Eu costumava fumar, mas não fumei no último mês. (Satisfaz apenas a condição 2) 3: Não (exceto 1 e 2 acima)		
	Número de cigarros	<input type="text"/>	cigarros/dia	período	<input type="text"/>	Ano	
3	Você ganhou mais de 10 kg desde os 20 anos?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
4	Você tem feito exercícios leves que induzem suor por pelo menos 30 minutos por vez, pelo menos 2 dias por semana, há mais de um ano?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
5	Você caminha ou faz atividade física equivalente por pelo menos 1 hora por dia em sua vida diária?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
6	Você anda mais rápido que outras pessoas da mesma idade e sexo?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
7	Qual das seguintes opções se aplica a você quando mastiga os alimentos?				1: Posso mastigar e comer qualquer coisa. 2: As vezes, teho dificuldade para mastigar devido a preocupações com dentes, gengivas, mordida etc. 3: Quase não consigo mastigar.		
8	Você come mais rápido que as outras pessoas?				<input type="checkbox"/> rápido	<input type="checkbox"/> lento	normal <input type="checkbox"/>
9	Você janta até duas horas antes de dormir pelo menos três vezes por semana?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
10	Você consome lanches ou bebidas doces além das três refeições: café da manhã, almoço e jantar?				1: Todos os dias 2: Às vezes 3: Quase nunca		
11	Você pula o café da manhã três ou mais vezes por semana?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
12	Você está descansando o suficiente durante o sono?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	
13	Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (saquê, shochu, cerveja, licor ocidental, etc.)? ("Parar" refere-se àquelas que tiveram o hábito de beber pelo menos uma vez por mês no passado, mas não consumiram bebidas alcoólicas no último ano ou mais)				1: Todos os dias 2: 5-6 dias por semana 3: 3-4 dias por semana 4: 1-2 dias por semana 5: 1-3 dias por mês 6: Menos de 1 dia por mês 7: eu parei 8: Eu não bebo (não posso beber)		
14	Quanto você bebe por dia nos dias de consumo? Porção aproximada de 1 gou de saquê (15% de álcool por volume, 180 ml) Cerveja (5%, 500 ml), Shochu (25%, aprox. 110 ml), Vinho (14%, aprox. 180 ml), Uísque (43%, 60 ml), Chu-Hi em lata (5%, aprox. 500 ml, 7% aprox. 350 ml)				1: Menos de 1 gou 2: Menos de 1~2 gos. 3: Menos de 2~3 gos 4: Menos de 3-5 gos. 5: Mais de 5 gos.		
15	Você está tentando melhorar seus hábitos de vida, como exercícios e hábitos alimentares?				1: Não tenho intenção de melhorá-lo. 2: Pretendo melhorar (aproximadamente dentro de 6 meses) 3: Pretendo melhorar minha condição em um futuro próximo (aproximadamente dentro de um mês) e estou começando a melhorar aos poucos. 4: Já trabalhando em melhorias (menos de 6 meses) 5: Já trabalhando em melhorias (mais de 6 meses)		
16	Você já recebeu orientações específicas de saúde para melhorar seus hábitos de vida?				sim <input type="checkbox"/>	não <input type="checkbox"/>	

*Este questionário é um questionário padrão ao realizar exames médicos regulares com base na Lei de Segurança e Saúde Industrial e itens de exames médicos específicos com base na Lei de Garantia de Cuidados Médicos para Idosos ao mesmo tempo.

Este é um exemplo de tradução estilística de uma palavra, portanto, não escreva diretamente

Por favor, não escreva nada nesta caixa.

Este é um exemplo de tradução estilística de uma palavra, portanto, não escreva diretamente

Exemplo de preenchimento (frente)

Certifique-se de preencher as informações com antecedência para que seu exame médico ocorra sem problemas no dia da sua visita.

<Notas sobre preenchimento>

- Por favor preencha o formulário **cuidadosamente** com um lápis escuro (2B), **sem ultrapassar as bordas**.
- Ao escrever seu nome, deixe um espaço entre seu sobrenome e nome.

団体名													
氏	カナ											性別	男・女
名	漢字												
生年月日	T	S	H	年	月	日	年齢	歳					

Para outras doenças, digite [17] na coluna do nome da doença e escreva o nome da doença na caixa.

*Se houver vários casos de [17], escreva o nome de cada doença.

Este espaço deve ser preenchido apenas com as informações pessoais.

Por favor, insira qualquer experiência de trabalho que você teve até agora.

※健康診断における個人情報の取り扱い(表紙に記載)に関する同意について… 同意する 同意しない

病歴 該当する病名、発病年齢、治療状況を記入して下さい。

●治療状況 0.治療中(あり) 1.治療中(なし) 2.経過観察中 3.治療 4.手術した 5.放置

特になし **【記入例】心臓瘤、発病45歳、服薬治療中の場合
01 45 0**

【病名】
01 心臓病
02 脳卒中
03 高血圧症
04 糖尿病
05 胃腸病
06 高尿酸血症(痛風)
07 肝臓病
08 脂質異常症(高脂血症)

09 眼科疾患
13 貧血症
14 胃・十二指腸潰瘍
20 呼吸器疾患
25 細人科疾患
45 甲状腺疾患
47 その他の病気

32 肺がん
33 胃がん
34 大腸がん
35 乳がん
36 子宮がん
37 前立腺がん
17 その他の病気

発病年齢 治療状況 病名 発病年齢 治療状況

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

家族歴(一般等) 病名 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

自覚症状 該当する症状の番号を記入して下さい。

特になし 01 全身のだるさ 07 めまい・立ちくらみ 16 胸痛・背痛 35 腰痛
03 体重増加(3kg以上) 08 不眠 21 胃痛・腹痛 36 關節痛・腫れ
04 体重減少(3kg以上) 09 むくみ 23 便秘 43 目の疲れ・痛み
05 食欲不振 10 動悸・息切れ 24 下痢
06 腹痛・頻便がある 13 咳・痰 29 手足のまひ・しびれ 39 その他の()

業務歴 経験のある業務の番号を記入して下さい。

該当なし 07 重複業務 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 70 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

勤務状況 現在、就労されている方は、該当する番号を記入して下さい。

●現在の職場では、どのような勤務体制ですか。
1[常時日勤] 2[常時夜勤] 3[交替制(日勤と夜勤の両方あり)]

●現在の職場での、直近一ヶ月間の1日あたりの平均労働時間はどのくらいですか。
1[6時間未満] 2[6時間以上8時間未満] 3[8時間以上10時間未満] 4[10時間以上]

●現在の職場での、直近一ヶ月間の1週間あたりの平均労働日数はどのくらいですか。
1[3日間未満] 2[3日間以上5日間未満] 3[5日間] 4[6日間以上]

ピロリ菌除菌歴 あり なし
胃の切除 あり なし

Caso o status do tratamento esteja em branco, será registrado no histórico médico.
*[2: Observação de acompanhamento] também está em tratamento.

Por favor, preencha caso esteja atualmente empregado.

Exemplo de preenchimento (verso)

Se você tem 40 anos de idade ou mais, não deixe de preencher o formulário.
Certifique-se de indicar se você bebe ou fuma. Informe também sobre outros tipos de tabaco além do cigarro convencional (como cigarro aquecido, etc.)



特定健康診査問診票

●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。

記入字体例 1 2 3 4 5

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: 齧や齒ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくことがある 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。

● Tabagismo		sim	não	Parar
Atualmente fumando regularmente		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número (Sim/Parou) →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarros/
Período (Sim/Parou) →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ano
<p>*Os que fumam regularmente são definidos como 'aqueles que começaram a fumar e até agora fumaram mais de 100 cigarros ou têm um histórico de fumar por mais de 6 meses; aqueles que também fumaram no último mês'.</p> <p>Marque "Parar" se você parou de fumar recentemente e não fumou por um mês</p>				
● Consumo de Álcool		Por favor, insira o número		
Freqüência		1. Diariamente	<input type="checkbox"/>	
		2. Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	
		3. Não Bebo	<input type="checkbox"/>	
	Quantidade por dia		1. Menos de uma medida	<input type="checkbox"/>
Sake 180ml		2. 1-2 medidas	<input type="checkbox"/>	
Lata média de cerveja x 1	500ml	3. 2-3 medidas	<input type="checkbox"/>	
Shochu 25% 110ml		4. Mais de 4 medidas	<input type="checkbox"/>	
Duplo de uísque 60ml			<input type="checkbox"/>	
Duas taças de vinho 240ml			<input type="checkbox"/>	
			(Diariamente/Ocasionalmente)	

Este é um exemplo de tradução estilística de uma palavra, portanto, não escreva diretamente.

Auto percebidos/Observados por outros		Se você não estiver ciente disso, sempre diga "Nada em particular"		Se você tiver algum sintoma, verifique os sintomas		Por favor preencha o seguinte.  é o campo de entrada objetivo do médico					
Sintomas		Auto percebido (Paciente)	Observados por Outros (Doutor)	Sintomas		Auto percebido (Paciente)	Observados por Outros (Doutor)	Sintomas		Auto percebido (Paciente)	Observados por Outros (Doutor)
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<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"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

★ Os sintomas de Pneumoconiose marcados com estrela são coloridos para fácil entendimento pelo médico

-

[Interpretação do Exame de Urina] 1: (-) 2: (±) 3: (+) 4: (2+) 5: (3+)

- 3 -

Observação Esta tradução é apenas para fins de referência. Suas respostas devem ser inseridas no formulário original em japonês.

Observação Preencha com caneta esferográfica.

Histórico médico		既往歴が	Sob tratamento	Passado histórico	の過去歴に	Sob tratamento	Passado histórico
histórico médico				histórico médico		Passado histórico	
00	sem história	→		25	Enfisema		
10	Hipertensão			40	conjuntivite		
11	Doença cardíaca			41	Queratite		
12	Doença hepática			42	Catarata		
13	Diabetes			43	Retinite		
14	Dislipidemia			54	Neuralgia		
15	Gota			55	Dor na região lombar		
16	Anemia			60	Dermatite		
17	Úlcera gástrica ou duodenal			61	Inflamação na orelha		
18	Doença renal			70	Doença de Ménière		
20	tuberculose pulmonar			71	Desequilíbrio autonômico		
21	Pleurite			73	Síndrome de Parkinson		
22	bronquite			85	Envenenamento por solvente		
23	Bronquiectasia			86	Dependência química		
24	Asma brônquica			88	Asbestose		

既往に をご記入ください。

fumante Sim Não Parou

Atualmente você fuma dia

Número de cigarros por dia dia

Número de anos Anos

(* Fumar regularmente é definido como ter fumado durante o último mês e ter fumado pelo menos 100 cigarros desde que começou ou ter fumado durante pelo menos 6 meses)

Se você parou de fumar recentemente e não fumou há pelo menos um mês, marque "Não"

O Beber licor	Insira o número apropriado abaixo.
Frequência	1. Diariamente <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Às vezes <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Não bebo <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Copos por dia	1. Menos de um <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. Um ou mais, mas menos do que dois <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. Dois ou mais, mas menos de três <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Três ou mais <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Equivalente a um copo:	180 ml de saquê 500 ml (1 lata) de cerveja 110ml de shochu (35%)

O Sintomas subjetivos		Conhecimento (a própria pessoa)	Este é o campo de entrada objetivo do médico.
<input type="checkbox"/> Sintomas		doutor	<input type="checkbox"/> 症
000	sem sintomas	→	
100	Dor de cabeça		
101			
102	Tontura ou tontura ao ficar em pé		
151	Perda de visão		
153	Tensão/dor ocular		
202	O interior do meu nariz está formigando		
252	Minha garganta está formigando		
300	Irritação na pele		
302	A pele fica vermelha		
304	Há uma queda/marca na pele		
355	Palpitações ou falta de ar		
400	Estou com náuseas		
401	Vomitando o que você comeu		
402	Perda de apetite		
404	Estou com dor de barriga		
502	Mãos, dedos e braços		
503	Dormência		
504	Meus dedos e braços		
506	Dormência nas pernas, cintura		
507	Estou com dor nas pernas, cintura		
508	A força de preensão enfraqueceu		
550	Perda de peso		
551	Insônia		
552	Eu me sinto desconfortável		
553	Fico irritado		
554	Falta de concentração		
182	*Turbidez da lente		
303	*Pele seca		
305	*Unhas anormais		

Este é um campo de entrada de médico, por favor não preencha nada.

—※診察医師コメントについての注意事項—
 ① 診記リストに他覚がない場合 必ず「特」にチェック
 ② 特殊業務起因と考えられる症状のみ追加で記入
 ③ システム取込の為、縦罫な文字でお願いします
 ④ コメントのない場合でも 必ず医師名印鑑を記入
 ⑤ *の付いた症状は特に他覚重視になります

● 診察医師コメント (特殊業務起因)

医師名