

Não corte aqui.

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

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



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

ágina inicial da Fundação de
Saúde de Informações Mé-
dicas

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	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)		<input type="checkbox"/>				
			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"/> <input type="text"/>	cigarros/dia	período	<input type="text"/> <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.		<input type="checkbox"/>				
			2: Às 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?			rápido	<input type="checkbox"/>	lento	<input type="checkbox"/>	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		<input type="checkbox"/>				
			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	Comque frequência você consome bebidas alcoólicas (saquê, shochu, cerveja, licor ocidental, etc.)? (“Parar” refere-se àqueles 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		<input type="checkbox"/>				
			2: 5-6 dias por semana						
			3: 3-4 dias por semana						
			4: 1-2 dias por semana						
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)		5: 1-3 dias por mês		<input type="checkbox"/>				
			6: Menos de 1 dia por mês						
			7: eu parei						
			8: Eu não bebo (não posso beber)						
15	Você está tentando melhorar seus hábitos de vida, como exercícios e hábitos alimentares?		1: Menos de 1 gou		<input type="checkbox"/>				
			2: Menos de 1~2 gos.						
			3: Menos de 2~3 gos						
			4: Menos de 3-5 gos.						
16	Você já recebeu orientações específicas de saúde para melhorar seus hábitos de vida?		5: Mais de 5 gos.		<input type="checkbox"/>				
			6: Menos de 1 dia por mês						
			7: eu parei						
			8: Eu não bebo (não posso beber)						
15	Você está tentando melhorar seus hábitos de vida, como exercícios e hábitos alimentares?		1: Não tenho intenção de melhorá-lo.		<input type="checkbox"/>				
			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)						
16	Você já recebeu orientações específicas de saúde para melhorar seus hábitos de vida?		5: Já trabalhando em melhorias (mais de 6 meses)		<input type="checkbox"/>				
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

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

Nome da organização																
nome completo	Kana														sexo	Masculino / feminino
	Kanji															
data de nascimento	T S H			Ano			Mês			Dia			idade	idade		

Data da consulta								
tipo			checagem			curso		
grupo					local			

Por favor, não escreva nada nesta caixa.

Tipo sanguíneo	concluído	<input type="checkbox"/>	Número de identificação											Condições da coágula de sangue	Depois da refeição		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	minutos
Medidas físicas	altura		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	peso corporal		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>								
	percentual de gordura corporal		<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	Circunferência abdominal		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>								
Acuidade visual		olho nu direito	<input type="text"/> <input type="text"/>		Olho nu esquerdo	<input type="text"/> <input type="text"/>		Direita (corrigida)	<input type="text"/> <input type="text"/>		Esquerda (corrigida)	<input type="text"/> <input type="text"/>						
		<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>					
audição	1000Hz (dB)		direita	<input type="text"/> <input type="text"/>	esquerda	<input type="text"/> <input type="text"/>	Encontrado	<input type="text"/>	Encontrado	<input type="text"/>	Esquerda	<input type="text"/>						
	4000Hz (dB)		direita	<input type="text"/> <input type="text"/>	esquerda	<input type="text"/> <input type="text"/>	Encontrado	<input type="text"/>	Encontrado	<input type="text"/>	Esquerda	<input type="text"/>						
método de conversação		Encontrado	<input type="text"/>	Encontrado	<input type="text"/>	[juízo]		1. Nenhuma descoberta		2. Achados presentes								
		direita	<input type="text"/>	esquerda	<input type="text"/>													
Urinalíse	proteína	<input type="text"/>	açúcar	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Urobilinogênio	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
	sangue oculto	<input type="text"/>	pH	<input type="text"/>		<input type="text"/>	[Juízo] 3;+ 1;-4; # 2;+5; #	*Para pH, insira um valor entre 5 e 9.										
pressão arterial1	Mais alta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	~	Mais baixa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Durante a menstruação		sim	<input type="checkbox"/>	não	<input type="checkbox"/>							
	Mais alta	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	~	Mais baixa	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de gestos		<input type="text"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>						
Ratox do tórax	indireto	<input type="text"/>	Direto	<input type="text"/>	Filme n.º													
	indireto	<input type="text"/>	Direto	<input type="text"/>	Endoscópio	<input type="text"/>	Filme n.º											
Exame ginecológico	direita	<input type="text"/> <input type="text"/>	esquerda	<input type="text"/> <input type="text"/>	Visto de frente	<input type="text"/>	1. Saudável		2. Daltonismo vermelho-verde		3. Daltonismo total							
	Capacidade pulmonar prevista (VCP)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	Capacidade pulmonar volumétrica (CV)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>										
Taxa de função pulmonar	Taxa de capacidade pulmonar (%VC)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	Volume de 1 segundo (FEV1)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>										
	Taxa de 1 segundo (FEV1%)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>	Quantidade de %1 segundos (%FEV1)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>										
observações					sim e reversão	<input type="text"/>	0. Normal	1. Anormalidade	OUTROS		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	.	<input type="text"/>					

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

Resultados do exame									
Número de encontrados	Encontrado			Número de encontrados	Encontrado				
01	Taquicardia			13	Eritema palmar				
02	bradicardia			14	aumento das amígdalas				
03	arritmia			15	Amigdalite				
04	sopro cardíaco			16	Eritema faríngeo				
05	Batimentos cardíacos anormais			17	Amarelecimento da conjuntiva ocular				
06	Sons respiratórios anormais			18	Anemia da conjuntiva palpebral				
07	Inchaço			19	Hiperemia da conjuntiva ocular				
08	Linfadenopatia cervical			20	Hiperemia conjuntival palpebral				
09	Aumento da glândula tireoide			21	Anormalidades conjuntivais da pálpebra				
10	Aumento da glândula submandibular			22	Sensibilidade epigástrica				
11	hemangioma de aranha			23	Sons brônquicos anormais				
12	dedos tortos			24	Dor lombar				
Achados presentes	Nenhuma descoberta			99	outros				
	1. Observação necessária			*Por favor, insira quaisquer outras descobertas abaixo.					
	2. Inspecção rigorosa necessária								
	3. Observação necessária								
4. Inspecção rigorosa necessária									
clínico diagnóstico		<input type="checkbox"/>	Fundo do olho		direita	<input type="checkbox"/>	esquerda	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	Princípio da primeira	<input type="checkbox"/>	Princípio da primeira	<input type="checkbox"/>	o 2º dia	<input type="checkbox"/>	
escarto		<input type="checkbox"/>	clínico diagnóstico		Princípio da primeira	<input type="checkbox"/>	o 2º dia	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	clínico diagnóstico		Princípio da primeira	<input type="checkbox"/>	o 2º dia	<input type="checkbox"/>	
eco abdominal		<input type="checkbox"/>	Nº						
		<input type="checkbox"/>	Nº						
Osteoporose		<input type="checkbox"/>	Nº						
		<input type="checkbox"/>	Nº						
Exame médico especial	pressão arterial	<input type="checkbox"/>	orgânico	<input type="checkbox"/>	Chumbo	<input type="checkbox"/>	ionização	<input type="checkbox"/>	
	pressão arterial	<input type="checkbox"/>	orgânico	<input type="checkbox"/>	Chumbo	<input type="checkbox"/>	ionização	<input type="checkbox"/>	
alta pressão	Chumbo	<input type="checkbox"/>	Orgânico	<input type="checkbox"/>	Chumbo	<input type="checkbox"/>	ionização	<input type="checkbox"/>	
	Chumbo	<input type="checkbox"/>	Orgânico	<input type="checkbox"/>	Chumbo	<input type="checkbox"/>	ionização	<input type="checkbox"/>	
VDT	Violeta infravermelha	<input type="checkbox"/>	laser	<input type="checkbox"/>	Ruído	<input type="checkbox"/>	vibração	<input type="checkbox"/>	
	Violeta infravermelha	<input type="checkbox"/>	laser	<input type="checkbox"/>	Ruído	<input type="checkbox"/>	vibração	<input type="checkbox"/>	
Dor lombar	Palpação manual	<input type="checkbox"/>	Eco da mama	<input type="checkbox"/>	Mamografia 1 via	<input type="checkbox"/>	Mamografia 2 vias	<input type="checkbox"/>	
	Palpação manual	<input type="checkbox"/>	Eco da mama	<input type="checkbox"/>	Mamografia 1 via	<input type="checkbox"/>	Mamografia 2 vias	<input type="checkbox"/>	
Útero Nº			Mama Nº						
			Mama Nº						

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.

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.

団体名																		
氏名	カ	ナ															性別	男・女
名	漢	字																
生年月日	T	S	H					年			月			日			年齢	歳

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。	家族歴(一親等)
●治療状況	0.治療中(薬あり) 1.治療中(薬なし) 2.経過観察中 3.治癒 4.手術した 5.放置	病名 1
<input type="checkbox"/> 特になし	【記入例】心臓病・発病45歳・服薬治療中の場合 01 45 0	病名 2
【病名】	01 心臓病 09 眼科疾患 32 肺がん	病名 3
02 脳卒中	13 貧血症 33 胃がん	病名 4
03 高血圧症	14 胃・十二指腸潰瘍 34 大腸がん	病名 5
04 糖尿病	20 呼吸器疾患 35 乳がん	病名 6
05 腎臓病	25 婦人科疾患 36 子宮がん	
06 高尿酸血症(痛風)	45 甲状腺疾患 37 前立腺がん	
07 肝臓病		
08 胆嚢異常症(高脂血症)	17 その他の病気	
自覚症状	該当する症状の番号を記入して下さい。	
<input type="checkbox"/> 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 関節痛・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 頭痛・頭重がある 13 咳・痰	29 手足のまひ・しびれ 39 その他()	
業務歴	経験のある業務の番号を記入して下さい。	
<input type="checkbox"/> 該当なし	07 重激業務 1 2 3 4 5	
01 高熱業務 08 騒音業務	2 3 4 5	
02 低温業務 09 坑内業務	3 4 5	
03 放射線業務 10 深夜業務		
04 じんあい・粉塵業務 11 有害物取扱業務		
05 異常気圧業務 12 有毒ガス蒸気粉塵業務		
06 振動業務 13 病原体汚染業務		
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]	
ビロリ菌除菌歴	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	
胃の切除	あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/>	

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 checked="" 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、又は合計100本以上吸っている	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)	
	本数	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	本/日 期間 <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	人と比較して食べる速度が速いですか	速い <input checked="" 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 checked="" 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	
11	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい <input checked="" 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 checked="" 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)	
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	
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: 改善するつもりである(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、少しずつ始めている 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)	
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 checked="" 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。

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

	Examinando o comentário do médico
	(devido a serviços profissionais especiais)
★ Pneumoconiose	Dispneia I / II / III / IV / V
◆ Amianto	

Nome do médico	
----------------	--

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

Por favor, não corte nem dobre aqui.

 O exame é **cancelado** caso marcado com "/"; **preenchido pelo** pessoal médico.

Conteúdo básico de inspeção	

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			過去の歴史に			既往に					
historico médico			Sob tratamento			Passado histórico			Sob tratamento			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							

O fumante

Atualmente você fuma

Número de cigarros por dia

Número de 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

Frequência

Copos por dia

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)

doutor

O Sintomas

Este é o campo de entrada objetivo do médico.

000	sem sintomas					821	*Reflexo anormal do tendão patelar						
100	Dor de cabeça					822	*Reflexo anormal do tendão de Aquiles						
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 prensão 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 表記リストに他覚が無い場合必ず「特になし」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、綺麗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