

**这是一个单词的文体翻译示例，因此请勿直接编写**

<b>病历</b> 请填写符合您情况的		<b>病名</b>		<b>发病年龄</b>		<b>治疗情况</b>		<b>家族病史（一等亲）</b>																																																	
<b>●治疗情况</b> 0. 治疗中（有药）      1. 治疗中（无药） 2. 病情观察中    3. 治愈    4. 已手术    5. 搁置		<b>【填表范例】</b> 以心脏病、发病45岁、服药治疗中为例 <table border="1"> <tr> <td>病名</td> <td>发病年龄</td> <td>治疗情况</td> </tr> <tr> <td>01</td> <td>45</td> <td>0</td> </tr> </table>		病名	发病年龄	治疗情况	01	45	0	<table border="1"> <tr> <th>病名</th> <th>发病年龄</th> <th>治疗情况</th> </tr> <tr><td>1</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td></tr> </table>		病名	发病年龄	治疗情况	1			2			3			4			<table border="1"> <tr> <th>病名</th> <th>发病年龄</th> <th>治疗情况</th> </tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td></tr> </table>		病名	发病年龄	治疗情况	5			6			7			8			<table border="1"> <tr><td>病名</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> </table>		病名	1	2		3		4		5		6	
病名	发病年龄	治疗情况																																																							
01	45	0																																																							
病名	发病年龄	治疗情况																																																							
1																																																									
2																																																									
3																																																									
4																																																									
病名	发病年龄	治疗情况																																																							
5																																																									
6																																																									
7																																																									
8																																																									
病名	1																																																								
2																																																									
3																																																									
4																																																									
5																																																									
6																																																									
<b>□无特殊病情</b> <b>【病名】</b> 01 心脏病 02 脑卒中 03 高血压病 04 糖尿病 05 肾病 06 高尿酸血症（痛风） 07 肝病 08 血脂异常症（高脂血症） 09 眼科疾病 13 贫血症 14 胃十二指肠溃疡 20 呼吸系统疾病 25 妇科疾病 45 甲状腺疾病 32 肺癌 33 胃癌 34 大肠癌 35 乳腺癌 36 子宫癌 37 前列腺癌 17 其他疾病		其他病名 病名栏填写17（其他疾病）的 请在右侧填写具体病名。																																																							
<b>自觉症状</b> 请填写符合您症状的编号。		<b>□无特殊病情</b>		01 全身乏力 03 体重增加（3kg以上） 04 体重减少（3kg以上） 05 食欲不振 06 头痛、头重 07 晕眩、起身眼前发黑 08 失眠 09 浮肿 10 心悸、气喘 13 咳嗽、生痰 16 胸痛、背痛 21 胃痛、腹痛 23 便秘 24 腹泻 29 手脚发麻 35 腰痛 36 关节痛、肿胀 43 眼睛疲劳、疼痛 39 其他（                      ）		<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td>6</td><td></td><td></td></tr> </table>		1			4			2			5			3			6																																		
1			4																																																						
2			5																																																						
3			6																																																						
<b>工作经历</b> 请填写有经验工作的编号。		<b>□不适用</b> 01 高温工作 02 低温工作 03 接触辐射的工作 04 接触粉尘的工作 05 气压异常的工作 06 接触振动的工作 07 重体力工作 08 噪音工作 09 坑内工作 10 深夜工作 11 接触有害物的工作 12 接触有毒气体蒸汽粉尘的工作 13 接触病原体污染的工作		<table border="1"> <tr><td>1</td><td></td><td></td><td>4</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td></td><td>5</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1			4			2			5			3						<b>工作情况</b> 且目前还在工作的请填写符合您情况的编号。		<b>●目前的岗位采用哪种工作体制？</b> 1 <input type="text" value="长期白班"/> 2 <input type="text" value="长期夜班"/> 3 <input type="text" value="轮岗制（白班夜班都有）"/>																															
1			4																																																						
2			5																																																						
3																																																									
				<b>●目前的岗位最近一个月每天平均工作时间多长？</b> 1 <input type="text" value="不到6小时"/> 2 <input type="text" value="6小时以上、不到8小时"/> 3 <input type="text" value="8小时以上、不到10小时"/> 4 <input type="text" value="10小时以上"/>		<b>●目前的岗位最近一个月每周平均工作多少天？</b> 1 <input type="text" value="不到3天"/> 2 <input type="text" value="3天以上、不到5天"/> 3 <input type="text" value="5天"/> 4 <input type="text" value="6天以上"/>																																																			

※您是否同意本公司使用健康检查中的个人信息（封面内容）... 同意 ☐ 不同意 ☐

**这是一个单词的文体翻译示例，因此请勿直接编写**

# 健康文艺复兴

～自我改变是迈向健康的第一步～



# 健康检查就诊单



# Smart Life Projectで健康寿命をのばしましょう。

**这是一个单词的文体翻译示例，因此请勿直接编写**

**注意事项**

- 第2页和第4页粗框内请用**铅笔**（尽量**B以上**）填写。
- 姓名、出生年月日等信息已事先打印的，请确认内容是否有误，如有错误请用**铅笔**订正。
- 本就诊单将使用设备读取内容，裁剪线以外部分请勿折叠。

### 填写时的注意事项

○ × × ×

填表范例

--	--	--

填表范例

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

※填写时请勿超出边框。

填表范例

姓名	片假名	F	u	u	u	o	k	i	k	i	r	o						
	汉字	福	岡	次	郎													
出生年月日	T	⊙	H															

※填写姓名的假名时，姓和名之间请空出一格。  
 读音符单独占一格。

※填写姓名的汉字时，姓和名之间请空出一格。

健康文艺复兴~自我改变是迈向健康的第一步~

(公社)日本全国劳动卫生团体联合会加盟机关  
劳动卫生服务功能评估机构认定

一般財団法人 **医療信息健康財団**

邮编812-0025 日本福岡市博多区店屋町4-15 兴新大厦4F

〈总部〉 TEL +81-92-272-2391 FAX +81-92-272-2392

〈咨询〉 TEL +81-92-271-6421 FAX +81-92-271-6422

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



医疗信息健康  
财团主页

这是一个单词的文体翻译示例，因此请勿直接编写

特定健康检查问诊单

●请仿照填表字体范例在各项中填写符合您情况的数字。

填表字体范例

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

1	您是否被医生诊断为患有慢性肾病或肾功能不全，又或者是否正接受治疗（人工透析等）？				是		否	
2	您现在有抽烟习惯吗？ （※“现在有抽烟习惯”要同时满足条件1和条件2） 条件1：最近1个月吸过烟 条件2：过去吸烟6个月以上或者总共100根以上		1：是（同时满足条件1和条件2）					
			2：过去吸过，但最近1个月没有吸（只满足条件2）					
			3：否（上述1和2以外）					
			根数		根/天		烟龄	
3	您的体重与20岁时相比是否增加10kg以上？				是		否	
4	您是否每周运动2天以上，每次30分钟以上有轻微出汗，且该习惯坚持了1年以上？				是		否	
5	您日常生活中每天步行或者进行同等身体活动是否1小时以上？				是		否	
6	您走路速度比同性别同龄人快吗？				是		否	
7	您咀嚼食物时属于哪种情况？		1：所有食物都能充分咀嚼					
			2：牙齿、牙龈、咬合等感觉不适，有时候咀嚼不充分					
			3：基本无法咀嚼					
8	您吃饭速度比常人快吗？		快		慢		正常	
9	您睡前2小时内吃晚饭的情况每周达到3次以上吗？				是		否	
10	您三餐以外吃零食或者喝含糖饮料吗？		1：每天					
			2：偶尔					
			3：基本没有					
11	您不吃早餐的情况每周达到3次以上吗？				是		否	
12	您是否通过睡眠得到充分休息？				是		否	
13	您经常喝酒（日本酒、烧酒、啤酒、洋酒等）吗？ （※“已戒酒”是指过去有饮酒习惯，每月喝酒达到1次以上，但最近1年以上没有饮酒）		1：每天		5：每月1～3天			
			2：每周5～6天		6：每月不到1天			
			3：每周3～4天		7：已戒酒			
			4：每周1～2天		8：不喝酒（不会喝酒）			
14	喝酒那天每天喝多少？ 1合日本酒（酒精度数15度、180ml）的参考量： 啤酒（5度、500ml）、烧酒（25度、约110ml）、葡萄酒（14度、约180ml）、威士忌（43度、60ml）、罐装烧酒嗨棒（5度、约500ml；7度、约350ml）		1：不足1合		4：3～5合			
			2：1～2合		5：5合以上			
			3：2～3合					
15	您是否打算改善运动或饮食生活等生活习惯？		1：不打算改善					
			2：打算改善（大概6个月以内）					
			3：近期（大概1个月以内）打算改善，已逐步开始实施					
			4：已开始改善（不到6个月）					
			5：已开始改善（6个月以上）					
16	您过去是否接受过改善生活习惯的相关特定保健指导？				是		否	

\*本问诊单是同时开展劳动安全卫生法规定的定期健康检查等和确保老年人医疗相关法律规定的特定健康检查项目时所使用的标准问诊单。

这是一个单词的文体翻译示例，因此请勿直接编写

这是一个单词的文体翻译示例，因此请勿直接编写

团体名称																	
姓名	假名															性别	男、女
	汉字																
出生年月日		T S H 年 月 日												年龄	岁		

请勿在本栏内填写。

血液	I D No.					采血条件	饭后				分钟
		身高				体重					
人体测量	身高				体重						
	体脂率				腰围						
视力			右裸眼		左裸眼		右（矫正）		左（矫正）		
	远点										
	近点										
听力	1000Hz (dB)		右		左		观察结果		观察结果		
	4000Hz (dB)		右		左		观察结果		观察结果		
	对话法		观察结果 右		观察结果 左		(判定)		1. 无观察结果 2. 有观察结果		
尿检	蛋白				糖				尿胆原		
	潜血				pH				(判定) 3: + 1: - 4: # 2: ± 5: #		※pH请填写5～9的数值
血压1	最高			最低			经期中		是		否
血压2	最高			最低			妊娠中		有可能		否
胸部X线	间接			直接			片No.				
胃部检查	间接			直接			内窥镜		片No.		
眼压	右			左			色觉				1. 正常 2. 红绿色盲 3. 全色盲
肺功能检查	预测肺活量 (VCP)				肺活量 (VC)						
	肺活量比 (%VC)				一秒量 (FEV <sub>1</sub> )						
	一秒率 (FEV <sub>1</sub> %)				%一秒量 (%FEV <sub>1</sub> )						
备注						视野	0. 正常 1. 异常 其他				

这是一个单词的文体翻译示例，因此请勿直接编写

# 填表范例（正面）

请务必事先填好，确保当天健康检查顺利进行。

## ＜填写注意事项＞

○请用深色铅笔（2B）认真填写，不要超出边框

○填写姓名时，姓与名之间请隔开一格。

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

其他疾病请在病名栏中填写【17】，并在框内填写病名

※【17】有多个的请填写各自的病名

本栏内请只填写本人信息

请填写过去有过经验的工作

※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 ☐

<b>病歴</b> 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(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 <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 心臓病 09 眼科疾患 32 肺がん 17 その他の病気 02 脳卒中 13 貧血症 33 胃がん 03 高血圧症 14 胃・十二指腸潰瘍 34 大腸がん 04 糖尿病 20 呼吸器疾患 35 乳がん 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 17 その他の病気 08 胆嚢異常症(高脂血症)		<b>家族歴(一親等)</b> 病名 1 2 3 4 5 6 発病年齢 8 8 8 8 8 8 治療状況 8 8 8 8 8 8	
<b>自覚症状</b> 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 02 体重増加(3kg以上) 08 不眠 21 胃痛・腹痛 36 関節痛・腫れ 03 体重減少(3kg以上) 09 むくみ 23 便秘 43 目の疲れ・痛み 04 食欲不振 10 動悸・息切れ 24 下痢 05 頭痛・頭重がある 13 咳・痰 29 手足のまひ・しびれ 39 その他( ) 06		<b>勤務状況</b> 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]	
<b>業務歴</b> 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 02 低温業務 09 坑内業務 03 放射線業務 10 深夜業務 04 じんあい・粉塵業務 11 有毒物取扱業務 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		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"/>	

治疗情况为空栏的将被登记到既往病史中  
※【2: 病情观察】也属于治疗中

现在还在工作的请填写

# 填 表 范 例（背面）

40歳以上（本年度中）の请务必填写  
 喝酒、抽烟请务必填写。卷烟之外（加热式香烟等）的也请填写

## 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、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)	<input type="checkbox"/>	
	本数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	本/日	期 間 <input type="checkbox"/> <input 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 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	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	
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)	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	
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。



- 1 -

● 饮酒		请填写数字。	
频率		1. 每日	
		2. 有时	
		3. 不饮酒	
每日饮酒量		1. 不到1合	
以清酒180ml为标准		2. 1~不到2合	
中杯啤酒×1	500ml	3. 2~不到3合	
烧酒25度	110ml	4. 4合或以上	
双份威士忌	60ml		
2杯葡萄酒	240ml	(每日/有时) 者 ↑	

[illegible]

就 诊  日 期	<b>2</b>	<b>0</b>							◆石棉 ★尘肺病
管 理  编 号									
单 位						会 场			

如果中止，请划 / 。

血液	完成 <input type="checkbox"/>	ID 号											←采集代谢产物 时需要ID							
握力	1次		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				·		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
视力			右眼裸眼				左眼裸眼				右（矫正）				左（矫正）					
	远点		<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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
听力（ 阈值）	250 Hz (dB)		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				听力（分级） [1. 无所见 2. 有所见]					
	500 Hz (dB)		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				1000 Hz (分级)					
	1000 Hz (dB)		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				30db所见 右 <input type="text"/>		30db所见 左 <input type="text"/>			
	2000 Hz (dB)		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				4000 Hz (分级)					
	4000 Hz (dB)		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				25db所见 右 <input type="text"/>		25db所见 左 <input type="text"/>			
	6000 Hz (dB)		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				30db所见 右 <input type="text"/>		30db所见 左 <input type="text"/>			
	8000 Hz (dB)		右		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				左		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				尿胆原		<input type="text"/>			
尿液分析	潜血		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		蛋白				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		尿糖				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
血压1	最高	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	~	最低	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	★尘肺病拍摄条件 _____KV _____mAs 增感屏 _____。														
血压2	最高	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	~	最低	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
胸部X线检查	间接 <input checked="" type="checkbox"/>	直接 <input type="checkbox"/>	光片编号																	
肺功能检测	预期肺活量 (VCP)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	·		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				肺活量 (VC)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	肺活量比值 (%VC)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	·		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				1秒量 (FEV1)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
	1秒率 (FEV1%)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	·		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>															
牙科	诊察所见	<input checked="" type="checkbox"/>	无所见		<input checked="" type="checkbox"/>		有所见		医生姓名		请填写全名									
	所见内容																			
代谢产物	<input checked="" type="checkbox"/>	眼底	右 <input checked="" type="checkbox"/>		左 <input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
尿沉渣	<input checked="" type="checkbox"/>	鼓膜	正常 <input checked="" type="checkbox"/>		异常 <input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
	<input checked="" type="checkbox"/>	肢体运动	正常 <input checked="" type="checkbox"/>		异常 <input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							
	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>						<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>							

[illegible]

 表示就诊中止，将由医务人员填写。

基本検査内容	

此处请勿撕开。

说明 此译文仅供参考。您的答案必须填写到原版日语表格中。

说明 请使用圆珠笔填写。

病史

既往歴がない場合は「特になし」の過去歴に

治療中・過去歴がある場合はこの既往に

をご記入ください。

病歴	正在接受治疗	既往病歴	病歴	正在接受治疗	既往病歴
00 无病歴			40 肺气肿		
10 高血压			41 结膜炎		
11 心脏病			42 角膜炎		
12 肝病			43 白内障		
13 糖尿病			54 视网膜炎		
14 异常血脂症			55 神经痛		
15 痛风			60 下背痛		
16 贫血			61 皮炎		
17 胃溃疡或十二指肠溃疡			70 中耳炎		
18 肾病			71 梅尼埃病		
20 肺结核			73 自主神经失调		
21 胸膜炎			85 帕金森氏综合征		
22 支气管炎			86 有机溶剂中毒		
23 支气管扩张			88 化学物质成瘾		
24 支气管哮喘					

吸烟

是

否

已戒

你目前是否经常吸烟

每日吸烟数量

8

8

天

年数

8

8

年

(※经常吸烟是指在过去一个月内吸烟,并且自开始吸烟以来吸烟数量至少为100支或吸烟至少6个月)

如果您最近已戒烟,并且至少在过去一个月内没有吸烟,请勾选“否”

饮酒

请填入适当编号。

频率

1.每天

2.有时

3.不饮酒

每日饮酒杯数

1.少于1杯

2.≥1杯且<2杯

3.≥2杯且<3杯

4.≥3杯

1杯相当于:180 ml 清酒

500 ml (1罐) 啤酒

110 ml 烧酒 (35%)

○主観症状

意識 (患者本人)

医生

○症状

本人

他覚 (医師)

症

000 无症状

821 \*腕骨肌腱反射异常

100 头痛

822 \*跟腱反射异常

101 头晕或站立后头晕

151 视觉丧失

153 眼睛疲劳/疼痛

202 鼻内刺痛

252 喉咙刺痛

300 皮肤刺激

302 皮肤变红

304 皮肤上有压伤

355 心悸或呼吸短促

400 感到恶心

401 进食后呕吐

402 食欲减退

404 胃痛

502 手、手指和手臂颤抖

503 麻木

504 手指和手臂疼痛

506 腿部、腰部麻木

507 腿部、腰部疼痛

508 握力减弱

550 体重下降

551 睡眠障碍

552 感到不安

553 易怒

554 注意力不集中

182 \*晶状体浑浊

303 \*皮肤干燥

305 \*指甲异常

此处为医生填写字段,请勿填写任何内容。

※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