

团体名称 ()	性别	出生日期	岁	年龄起算日	
	保险者			本人区分	
假名拼写 名字 女士/先生	保险证记号		保险证编号		
	所属				
	公司员工编号				

【等待就诊前请先填写粗线框内相关内容。】 ※标记填写例  ⇒  请用HB铅笔或活心铅笔划线，注意不要划出框外。

最后一次进餐的时间		前一天	当天	: 左右	怀孕中(含疑似)	是	否	来月经	是	否
◆ 请在相符的一个主要工作项目上划线。										
☐ 1 专业·技术		☐ 2 管理部门工作		☐ 3 事务部门工作		☐ 4 营销·外销		☐ 5 销售部门工作		☐ 6 农林渔业
						☐ 7 采矿·采石		☐ 8 生产工艺流程作业		☐ 9 土木建筑业
								☐ 10 运输·通信		☐ 11 保安工作
										☐ 12 服务行业
										☐ 13 其他
◆ 对每个提问的业务经历,请在相符项目上划线。										
1 是否经历过搬运重物的工作?		☐ 是		☐ 否		7 现在工作单位最近一个月的平均每日工作时间大概多长。 (不包括午餐等休息时间,包括加班)				
2 是否有在粉尘较多的环境中工作的经历?		☐ 是		☐ 否		☐ 少于6 小时		☐ 6 小时以上且少于8 小时		
3 是否经历过伴随有剧烈振动的工作?		☐ 是		☐ 否		☐ 8 小时以上且少于10 小时		☐ 10 小时以上		
4 是否经历过接触有害物质的工作?		☐ 是		☐ 否		8 现在工作单位最近一个月的每周平均工作天数大概几天。				
5 是否经历过处理辐射方面的工作?		☐ 是		☐ 否		☐ 少于3 天		☐ 3 天以上且少于5 天		
6 在现在工作单位以怎样的勤务制度工作?		☐ 总是白班		☐ 总是夜班		☐ 轮班制(白班和夜班均有)		☐ 5 天		☐ 6 天以上
◆ 最近1年内,出现以下相符自觉症状的,请划线。										☐ 没有什么问题
☐ 1 头疼		☐ 4 胸痛·胸部有压迫感		☐ 7 咳嗽·多痰		☐ 10 血痰		☐ 12 脉搏快·紊乱		
☐ 2 食物堵住喉部~胸部		☐ 5 心口有不快感·疼痛		☐ 8 下痢·便秘		☐ 11 便血		☐ 13 影响到日常生活的其他症状		
☐ 3 急剧的体重减少(3~4kg以上/月)		☐ 6 睡不着·忧郁·有强烈的不安感		☐ 9 喉咙干·尿多		[]				
◆ 凡有相符的疾患,如在治疗中·门诊中,请在“治疗中”划线,如为以前的疾病,则请在“既往”中划线。										☐ 基本没有
既往		治疗中		仅请在“治疗中”划线者回答			既往		治疗中	
☐ 1 高血压		☐ =>		正在服用降血压的药			☐ 是		☐ 否	
☐ 2 糖尿病		☐ =>		降血糖,胰岛素			☐ 是		☐ 否	
☐ 3 血液中胆固醇,中性脂肪过多		☐ =>		正服用降胆固醇,中性脂肪的药			☐ 是		☐ 否	
☐ 4 痛风		☐		既往		治疗中		☐ 73 脂肪肝		☐
☐ 11 脑中风		☐		☐ 31 听力障碍(难听)		☐ 54 胃溃疡		☐ 74 B型 慢性肝炎		☐
☐ 12 心肌梗塞		☐		☐ 41 肺癌		☐ 55 胃息肉		☐ 75 C型 慢性肝炎		☐
☐ 13 心绞痛		☐		☐ 42 肺结核		☐ 56 十二指肠溃疡		☐ 122 恶性淋巴瘤		☐
☐ 14 心律不齐		☐		☐ 43 肺炎		☐ 57 大肠癌		☐ 123 白血病		☐
☐ 15 心脏瓣膜症		☐		☐ 44 支气管哮喘		☐ 58 大肠息肉		☐ 131 前列腺癌		☐
☐ 16 心肌病		☐		☐ 45 睡眠时无呼吸症候群		☐ 59 溃疡性大肠炎		☐ 81 胆结石		☐
☐ 17 大动脉瘤		☐		☐ 51 逆流性食道炎		☐ 60 克罗恩病		☐ 82 胆囊息肉		☐
☐ 19 其他心脏病		☐		☐ 52 食道癌		☐ 71 肝癌		☐ 91 胰腺癌		☐
☐ 21 绿内障		☐		☐ 53 胃癌		☐ 72 肝硬化		☐ 101 肾脏癌		☐
								☐ 102 肾炎		☐
								☐ 103 肾尿路结石		☐
								☐ 104 慢性肾功能衰竭		☐
								☐ 111 甲状腺疾病		☐
								☐ 121 贫血		☐
								☐ 132 前列腺肥大		☐
								☐ 141 乳房癌		☐
								☐ 151 子宫筋肿		☐
								☐ 152 宫颈癌		☐
								☐ 153 子宫体癌		☐
								☐ 154 卵巢囊肿		☐
								☐ 999 其他		☐
										[]

自宅住址 〒	就診日	 *0010113560BAAB*
	受理番号	
自宅電話或手机号码		



◆ 对每个提问，请在相符项目上划线。

1	脑中风（脑出血，脑梗塞）治疗中	☐	是	☐	否
2	心脏病（心绞痛，心肌梗塞）治疗中	☐	是	☐	否
3	透析，肾病治疗中	☐	是	☐	否
4	被医生说过有贫血情况	☐	是	☐	否
5	一直抽烟 ※1	☐	是	☐	否
	☐ 是的(※1满足条件1和条件2两个方面)				
	☐ 以前曾吸过，但最近1个月内未吸过(※1只满足条件2)				
	☐ 不(上述以外)				
6	从20岁开始，体重加減10公斤有无	☐	是	☐	否
7	周2日以上30分钟以上运动，1年以上实施中有无	☐	是	☐	否
8	包括步行，一日1小时以上运动有无	☐	是	☐	否
9	和同龄，同性相比，走到快有无	☐	是	☐	否
10	咀嚼食物的状态是那种	☐	什么都咀嚼着吃	☐	不怎么咀嚼
	☐ 因牙齿，牙龈关系，有咀嚼比较困难的时候				
11	和别人相比吃东西的速度	☐	快	☐	一般
		☐		☐	慢
12	1周3回以上睡觉前2小时以内吃晚饭的吗？	☐	是	☐	否
13	早中晚饭以外时间吃过间食或甜食吗？	☐	每天吃喝	☐	有时吃喝
		☐		☐	几乎不吃喝
14	1周3次以上早上不吃早饭的有无	☐	是	☐	否
15	喝酒次数	☐	每天喝	☐	每周5～6天
		☐	每周3～4天	☐	每周1～2天
		☐	每月1～3天	☐	每月不到1天
	☐ 已戒酒※2	☐	不喝酒(不会喝酒)		
16	酒的基准1天饮酒量 ※3	☐	少于1 合	☐	少于1～2 合
		☐	少于2～3 合	☐	少于3～5合
		☐	5合以上		
17	睡眠好吗？	☐	是	☐	否
18	想改善运动和饮食习惯等的打算吗？	☐	没有改善的打算	☐	有改善的打算(6个月以内)
	☐ 近期内(1个月内)有改善的打算，也已经开始在计划了				
	☐ 已经开始改善(少于6个月)	☐	已经开始改善(6个月以上)		
19	关于生活改善这方面如果有保健指导的机会的话你需要吗？	☐	是	☐	否
20	是否有健康方面的事项想要咨询？	☐	是	☐	无

※1 “现在习惯性地吸烟者”是指满足条件1和条件2两方的人。
条件1:最近1个月在吸烟。
条件2:迄今为止吸烟时间超过6个月、或者吸过的烟总计超过100支。

※2 “已戒酒”是指过去每月习惯性地喝酒超过1次的人中最近未摄取酒类的时间超过1年者。

※3 日本酒1合(酒精浓度15度，180ml)大致等于:啤酒(酒精浓度5度、500ml)、烧酒(酒精浓度25度。约110ml)、果子酒(酒精浓度14度，约180ml)，威士忌(酒精浓度43度，60ml)、罐装碳酸酒(酒精浓度5度，约500ml、酒精浓度7度，约350ml)。

◆ 对幽门螺旋杆菌检查的相关提问，请在相符的项目上做上标记。

① 是否做过幽门螺旋杆菌的检查？	☐	是（转入②的提问）	☐	否	
② 幽门螺旋杆菌检查结果如何？	☐	阳性（转入③的提问）	☐	阴性	☐ 不明
③ 您是否接受了除菌治疗？	☐	治疗了（转入④的提问）	☐	未接受治疗。	☐ 不明
④ 除菌的效果如何？	☐	除菌成功	☐	除菌失败	☐ 未确认
◆ 请仅准备做胃部X光检查的患者回答。是否有以下症状和病史等？			☐	没有任何相符的项目。	
☐ 1 曾因做钡餐造影出现过敏症。	☐ 3 正在进行人工透析、做了人造肛门手术。	☐ 5 曾做过破腹手术。（胃・十二指肠・胆囊・妇科病等）			
☐ 2 有便秘史，现在便秘时间超过3天。	☐ 4 以前曾出现过肠闭塞。	☐ 6 在接受溃疡性大肠炎、克罗恩病等炎症性肠疾患的治疗。			