

Organisasi ()	Jenis kelamin	Tanggal lahir tahun	Tanggal hitung usia
	Penyedia asuransi		Kategori orang bersangkutan
Furigana ()	Kode kartu asuransi	Nomor kartu asuransi	
Nama	Bagian		
Bapak/Ibu	Nomor karyawan		

[Isi bingkai tebal lebih dulu dan mohon tunggu] ※Contoh pengisian tanda ⇒ Gunakan pensil HB atau pensil mekanis dan tandai tanpa keluar batas. Pengumpulan informasi pribadi Setuju

Waktu makan terakhir Kemarin Hari ini : : Sedang hamil (kemungkinan) Ya Tidak Sedang haid Ya Tidak

◆ Tandai jawaban yang sesuai dengan pekerjaan utama. 1 Profesional/teknik 2 Kerja manajerial 3 Administratif 4 Penjualan/diplomasi 5 Pekerja penjualan 6 Pertanian, kehutanan dan pertambangan/penggalan 7 Pertambangan/penggalan 8 Produksi dan pemrosesan 9 Teknik sipil/konstruksi 10 Transportasi/komunikasi 11 Keamanan 12 Jasa 13 Lain-lain

◆ Tandai jawaban yang sesuai di tiap pertanyaan tentang riwayat kerja Anda.

1 Apakah Anda pernah memiliki pengalaman kerja yang menangani barang berat? Ya Tidak

2 Apakah Anda pernah memiliki pengalaman kerja di lingkungan yang berdebu? Ya Tidak

3 Apakah Anda pernah memiliki pengalaman kerja yang berkaitan dengan getaran yang keras? Ya Tidak

4 Apakah Anda pernah memiliki pengalaman kerja yang menangani zat berbahaya? Ya Tidak

5 Apakah Anda pernah memiliki pengalaman kerja yang menangani gelombang radiasi? Ya Tidak

6 Di tempat kerja Anda saat ini, Anda bekerja dengan sistem kerja yang seperti apa?
 Selalu bekerja dengan shift pagi/siang Selalu bekerja dengan shift malam Bergantian (ada shift pagi/siang maupun malam)

7 Berapa lama jam kerja rata-rata per hari selama sebulan terakhir ini di tempat kerja Anda saat ini? (Tidak termasuk jam istirahat seperti jam makan siang, termasuk waktu lembur)
 Kurang dari 6 jam 6 jam lebih tetapi tidak sampai 8 jam
 8 jam lebih tetapi tidak sampai 10 jam 10 jam atau lebih

8 Berapa hari kerja rata-rata per minggu selama sebulan terakhir ini di tempat kerja Anda saat ini?
 Kurang dari 3 hari 3 hari lebih tetapi tidak sampai 5 hari
 5 hari 6 hari atau lebih

◆ Tandai jawaban yang sesuai dengan gejala yang Anda rasakan dalam 1 tahun terakhir. Tidak ada yang dirasakan

1 Sakit kepala 2 Makanan terasa sesak di tenggorokan/dada 3 Berat badan turun dengan cepat (3-4 kg atau lebih/bulan) 4 Sakit dada/dada terasa sesak 5 Ketidaknyamanan/nyeri epigastrium 6 Insomnia/depresi/rasa khawatir kuat 7 Batuk/dahak 8 Diare/sembelit 9 Tenggorokan kering/sering buang air kecil 10 Dahak berdarah 11 Tinja berdarah 12 Denyut nadi cepat/kacau 13 Gejala lain yang memengaruhi kehidupan sehari-hari

◆ Untuk penyakit yang sesuai, berikan salah satu tanda "Sedang diobati" bila sedang menjalani pengobatan/rawat jalan atau "Riwayat" bila itu adalah penyakit di masa lalu. Tidak ada secara khusus

Riwayat	Sedang	Riwayat	Sedang	Riwayat	Sedang
<input type="checkbox"/> 1 Hipertensi	<input type="checkbox"/> ⇒ Meminum obat penurun tekanan darah <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> 73 Perlemakan hati	<input type="checkbox"/> 122 Limfoma ganas		
<input type="checkbox"/> 2 Diabetes	<input type="checkbox"/> ⇒ Meminum obat penurun gula darah atau menyuntik insulin <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> 74 Hepatitis B kronis	<input type="checkbox"/> 123 Leukemia		
<input type="checkbox"/> 3 Penyakit dislipidemia	<input type="checkbox"/> ⇒ Meminum obat penurun kolesterol atau lemak netral <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> 75 Hepatitis C kronis	<input type="checkbox"/> 131 Kanker prostat		
<input type="checkbox"/> 4 Gout / Asam urat Hiperurisemia		<input type="checkbox"/> 81 Batu empedu	<input type="checkbox"/> 132 Hipertrofi prostat		
<input type="checkbox"/> 11 Stroke	<input type="checkbox"/> 31 Gangguan pendengaran (tuli)	<input type="checkbox"/> 54 Ulkus lambung	<input type="checkbox"/> 82 Polip kandung empedu	<input type="checkbox"/> 141 Kanker payudara	
<input type="checkbox"/> 12 Serangan jantung	<input type="checkbox"/> 41 Kanker paru-paru	<input type="checkbox"/> 55 Polip lambung	<input type="checkbox"/> 91 Kanker pankreas	<input type="checkbox"/> 151 Fibroid rahim	
<input type="checkbox"/> 13 Angin duduk	<input type="checkbox"/> 42 TBC paru-paru	<input type="checkbox"/> 56 Ulkus duodenum	<input type="checkbox"/> 101 Kanker ginjal	<input type="checkbox"/> 152 Kanker serviks	
<input type="checkbox"/> 14 Aritmia	<input type="checkbox"/> 43 Radang paru-paru	<input type="checkbox"/> 57 Kanker usus besar	<input type="checkbox"/> 102 Nefritis	<input type="checkbox"/> 153 Kanker endometrium	
<input type="checkbox"/> 15 Penyakit katup jantung	<input type="checkbox"/> 44 Asma bronkial	<input type="checkbox"/> 58 Polip usus besar	<input type="checkbox"/> 103 Batu saluran kemih dan ginjal	<input type="checkbox"/> 154 Kista ovarium	
<input type="checkbox"/> 16 Kardiomiopati	<input type="checkbox"/> 45 Sindrom apnea tidur	<input type="checkbox"/> 59 Kolitis ulseratif	<input type="checkbox"/> 104 Gagal ginjal kronis		
<input type="checkbox"/> 17 Aneurisma aorta	<input type="checkbox"/> 51 Esofagitis refluks	<input type="checkbox"/> 60 Penyakit Crohn	<input type="checkbox"/> 111 Penyakit tiroid	<input type="checkbox"/> 999 Lain-lain	
<input type="checkbox"/> 19 Penyakit jantung lainnya	<input type="checkbox"/> 52 Kanker kerongkongan	<input type="checkbox"/> 71 Kanker hati	<input type="checkbox"/> 112 Radang sendi		
<input type="checkbox"/> 21 Glaukoma	<input type="checkbox"/> 53 Kanker lambung	<input type="checkbox"/> 72 Sirosis	<input type="checkbox"/> 121 Darah rendah		

Alamat rumah 〒 Tanggal pemeriksaan

Nomor telepon rumah/ponsel Nomor penerimaan



◆ Tandai jawaban yang sesuai pada setiap pertanyaan.

1 Pernah didiagnosa oleh dokter terkena stroke (pendarahan otak, penyumbatan pembuluh otak,dll) atau mendapat perawatan? Ya Tidak

2 Pernah didiagnosa oleh dokter terkena penyakit jantung (angin duduk, serangan jantung,dll) atau mendapat perawatan? Ya Tidak

3 Pernah didiagnosa oleh dokter terkena penyakit ginjal kronis maupun gagal ginjal atau mendapat perawatan (cuci darah, dll) ? Ya Tidak

4 Pernah didiagnosa darah rendah oleh dokter? Ya Tidak

5 Saat ini memiliki kebiasaan merokok※1
 Ya (*1 Memenuhi syarat 1 dan syarat 2)
 Sebelumnya merokok tapi tidak merokok dalam 1bulan terakhir (*1 Hanya memenuhi syarat 2)
 Tidak (Selain di atas)

6 Berat badan naik lebih dari 10kg dibandingkan usia 20 tahun Ya Tidak

7 Menjalankan olah raga ringan di atas 30 menit per sesi selama 2 hari lebih dalam 1 minggu, selama lebih dari 1 Ya Tidak

8 Dalam kehidupan sehari-hari, jalan kaki / melakukan Ya Tidak

9 Jika dibandingkan dengan orang lain yang seusia, kecepatan jalannya lebih cepat Ya Tidak

10 Kondisi mana yang sesuai ketika mengunyah makanan di saat makan?
 Apapun dapat dikunyah ketika makan Hampir tidak bisa mengunyah
 Gigi, gusi, kesesuaian rahang tidak nyaman sehingga terkadang sulit untuk mengunyah

11 Kecepatan makan lebih cepat dibandingkan orang lain Cepat Biasa Lamba

12 Dalam 1 minggu ada 3 kali lebih makan malam yang kurang dari 2 iam sebelum tidur Ya Tidak

13 Apakah mengonsumsi cemilan / minuman manis selain 3 kali makan besar?
 Setiap hari Kadang-kadang Hampir tidak pernah mengonsumsi

14 Tidak makan pagi lebih dari 3 kali dalam 1 minggu Ya Tidak

15 Frekuensi mengonsumsi minuman beralkohol
 Setiap hari 5-6 hari seminggu 3-4 hari seminggu
 1-2 hari seminggu 1-3 hari sebulan Kurang dari 1 hari sebulan
 Sudah berhenti *2 Tidak minum (tidak bisa minum)

16 Minuman beralkohol yang dikonsumsi 1 hari ※3
 Kurang dari 1 gelas 1~Kurang dari 2 gelas 2~Kurang dari 3 gelas
 3-kurang dari 5 5 seloki atau lebih

17 Bisa mendapatkan istirahat yang cukup dengan tidur Ya Tidak

18 Apakah ada rencana untuk memperbaiki pola hidup seperti olah raga dan pola makan?
 Tidak ada niat (rencana) untuk memperbaiki (dalam waktu kurang dari 6 bulan)
 Ada niat untuk memperbaiki dalam waktu dekat ini (kurang dari 1 bulan) dan sudah dimulai sedikit demi sedikit
 Sudah melakukan perbaikan (Kurang dari 6 bulan) Sudah melakukan perbaikan (lebih dari 6 bulan)

19 Jika ada kesempatan untuk mendapatkan pengarahan kesehatan demi perbaikan pola hidup, apakah akan dimanfaatkan? Ya Tidak

20 Apakah ada suatu hal yang ingin dikonsultasikan tentang kesehatan? Ya Tidak

※1 "Orang yang memiliki kebiasaan merokok saat ini" mengacu pada orang yang memenuhi syarat 1 dan syarat 2
 Syarat 1: Merokok dalam 1 bulan terakhir
 Syarat 2: Seumur hidup telah merokok minimal 6 bulan atau total telah merokok minimal 100 batang

※2 "Sudah berhenti" mengacu pada orang yang tidak mengonsumsi alkohol dalam 1 tahun terakhir di antara orang yang memiliki riwayat kebiasaan minum alkohol minimal 1 kali dalam 1 bulan di masa lalu

※3 Acuan 1 seloki sake Jepang (kadar alkohol 15%, 180 ml): bir (kadar alkohol 5%, 500 ml), shochu (kadar alkohol 25%, sekitar 110 ml), anggur (kadar alkohol 14%, sekitar 180 ml), wiski (kadar alkohol 43%, 60 ml),chuhai kalengan (kadar alkohol 5%, sekitar 500 ml, kadar alkohol 7%, sekitar 350 ml)

◆ Tandai yang sesuai dengan pemeriksaan Helicobacter pylori

① Apakah Anda pernah menjalani pemeriksaan Helicobacter pylori? Ya (ke pertanyaan 2) Tidak

② Bagaimana hasil pemeriksaan Helicobacter pylori? Negatif (ke pertanyaan 3) Positif Tidak jelas

③ Apakah Anda menerima pengobatan anti bakteri? Telah menerima pengobatan (ke pertanyaan 4) Belum menerima pengobatan Tidak jelas

④ Bagaimana hasil penghilangan bakterinya? Berhasil menghilangkan bakteri Gagal menghilangkan bakteri Belum dikonfirmasi

◆ Jawablah hanya jika Anda memiliki rontgen lambung. Apakah Anda memiliki gejala/riwayat medis berikut ini? Tidak ada yang sesuai satu pun.

1 Pernah mengalami gejala alergi setelah minum barium. 3 Membuat anus buatan selama dialisis. 5 Pernah menjalani operasi laparotomi. (Perut, usus dua belas jari, kantong empedu, ginekologi, dll.)

2 Memiliki riwayat sembelit dan sembelit telah berjalan selama 3 hari atau lebih saat ini. 4 Pernah memiliki gangguan usus di masa lalu. 6 Sedang menjalani pengobatan karena penyakit radang usus seperti kolitis ulseratif, penyakit Crohn, dll.