

# 填写项目 (请在最适宜处划圈。)

## 填写示例

### 受诊票 (问诊票)

[京都市国民健康保险特定健康检查]

请填写红框内所有内容。(请在适宜处划圈。)

受诊日期 年 月 日

迄今为止所患疾病	<input checked="" type="radio"/> 没有 <input type="radio"/> 有	高血压 糖尿病 血脂异常 脑梗塞 脑出血 心脏病 心律失常 贫血 肝脏疾病 肾脏疾病 结核 甲状腺疾病 胃肠疾病 抑郁症 骨质疏松 骨科疾病 其他疾病
目前病情 (治疗中/观察中)	<input checked="" type="radio"/> 没有 <input type="radio"/> 有	高血压 糖尿病 血脂异常 脑梗塞 脑出血 心脏病 心律失常 贫血 肝脏疾病 肾脏疾病 结核 甲状腺疾病 胃肠疾病 抑郁症 骨质疏松 骨科疾病 其他疾病
值得关注的症状	<input type="radio"/> 没有 <input checked="" type="radio"/> 有	胸闷 心悸 气短 肩痛 腰痛 膝痛 失眠 手脚麻木 头晕 头痛 眩晕 耳鸣 腹泻 便秘 腹胀 身体不适 <u>其他症状</u>

No.	问题项目	回答栏 ↓ (请在选项上划圈)	
1	您目前正在使用 a~c 药物或注射吗?	a. 降压药	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
3		b. 降糖药或胰岛素注射 (糖尿病药物)	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
3		c. 降胆固醇或中性脂肪等的药物	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否
4	您是否被医生告知患有中风 (脑出血、脑梗塞等) 或接受过治疗?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
5	您是否被医生告知患有心脏病 (心绞痛、心肌梗塞等) 或接受过治疗?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
6	您是否被医生告知患有慢性肾病或肾功能衰竭, 或是否接受过治疗 (如人工透析)?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
7	您是否被医生告知患有贫血?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
8	您目前经常吸烟吗 [◇条件 1: 最近一个月吸烟, ◇条件 2: 累计吸烟超过 6 个月, 或总共吸烟 100 支以上者]	<input checked="" type="radio"/> 是 [◇条件 1 和 2 均适用] <input type="radio"/> 否 [◇条件 1 和条件 2 均不适用]	<input type="radio"/> 有吸烟史, 但近一个月以上没吸烟 [◇ 仅适用条件 2]
9	您比 20 岁时体重增加 10 公斤以上吗?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
10	您是否坚持一年以上每周 2 天以上、每次 30 分钟以上轻微出汗运动?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
11	日常生活中, 您是否每天步行或进行同等体力活动 1 小时以上?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
12	您比同年龄和同性别的其他人走得快吗?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
13	咀嚼食物时, 您适于哪种状态?	<input checked="" type="radio"/> 可咀嚼食用任何食物 <input type="radio"/> 难咀嚼	<input type="radio"/> 牙齿、牙龈、咬合部位等存在问题, 导致咀嚼困难物
14	您吃得比别人快吗?	<input checked="" type="radio"/> 快 <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 慢	
15	您是否每周 3 次以上睡前 2 小时内吃晚餐?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
16	除早餐、午餐、晚餐 3 餐外, 您还吃零食或甜饮料吗?	<input checked="" type="radio"/> 每天 <input type="radio"/> 有时 <input type="radio"/> 基本不吃	
17	您每周不吃早餐 3 次或更多?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
18	您多长时间饮酒一次? ※“戒酒”指您有每月饮酒一次以上的历史, 且过去一年以上的时间内没有饮酒	<input type="radio"/> 每天 <input checked="" type="radio"/> 每周 5/6 天 <input type="radio"/> 每周 3/4 天 <input type="radio"/> 每周 1/2 天 <input type="radio"/> 每月 1~3 天 <input type="radio"/> 每月少于 1 <input type="radio"/> 戒酒※ <input type="radio"/> 不喝	
19	饮酒日的 1 天饮酒量 [1 合: 清酒/葡萄酒 (酒精含量 15 度 180ml)、啤酒/苏打烧酒 (酒精含量 5 度 500ml)、7 度 350ml)、烧酒 (酒精含量 25 度 110ml)、威士忌 (酒精含量 43 度 60ml)]	<input type="radio"/> 小于 1 合 <input type="radio"/> 未 1~2 合 <input type="radio"/> 未 2~3 合 <input checked="" type="radio"/> 未 3~5 合 <input type="radio"/> 5 合以上	
20	您能通过睡眠获得足够的休息吗?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	
21	您是否在努力改善生活习惯, 如运动和饮食习惯?	<input type="radio"/> 无意改善 <input type="radio"/> 打算改善 (大约 6 个月内) <input type="radio"/> 打算在不久的将来 (大约一个月内) 改善, 开始一点点改善 <input type="radio"/> 已在改善 (未 6 个月) <input type="radio"/> 已在改善 (超过 6 个月)	
22	您是否接受过有关改善生活习惯的特定健康指导?	<input checked="" type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否	

#### 填写时的注意事项

- 请确保最后一页 (复写 5 页) 复写清晰。  
【如果复写太淡, 请重新描写一遍。】
- 在受诊当天已超过 75 岁者, 不能使用本表。
- 由于男女体检标准不同, 因此需要填写性别。

#### 当天所持物品

保险证、受诊券、受诊票 (本表)、咨询费 500 日元 (仅限 64 岁以下者)

对于接受胸部检查的人士 \*仅平日团体健康检查会场, 可同时接受检查。

- 可穿着 1 件素 T 恤拍片
- 拍片前请脱掉胸罩、项链、膏药等。

〒 604-8091	受诊票整理编号				
地址 京都市中京区 寺町通御池下る下本能寺前町	记号 京		编号		编码
500 番地 中信御池ビル 4 階	保险编号				
假名	実施機関コード:				
姓名 京都 太郎	実施機関の所在地、名称、電話番号				
出生日期 1984 年 5 月 1 日 (40 岁)	醫師氏名				
电话 000 - 123 - 4567					

填写项目 (包括地址、姓名、性别、出生日期、电话号码等, 请全部填写。)