

填写示例

填写项目（请在最适宜处划圈。）

受诊票（问诊票）

[后期高龄者健康检查]

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 <input checked="" type="radio"/> 其他症状

No.	问题项目	回答栏（请在选项上划圈）		
1 3	您目前正在使用 a~c 药物或注射吗？	a. 降压药	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否
		b. 降糖药或胰岛素注射（糖尿病药物）	<input type="radio"/> ① 是	<input checked="" type="radio"/> ② 否
		c. 降胆固醇或中性脂肪等的药物	<input type="radio"/> ① 是	<input checked="" type="radio"/> ② 否
4	您目前的健康状况如何？	<input checked="" type="radio"/> ① 好	<input type="radio"/> ② 还行	<input type="radio"/> ③ 一般
		<input type="radio"/> ④ 不太好	<input type="radio"/> ⑤ 不好	
5	您对自己的日常生活满意吗？	<input type="radio"/> ① 满意	<input type="radio"/> ② 比较满意	
		<input type="radio"/> ③ 有点不满意	<input checked="" type="radio"/> ④ 不满意	
6	您按时吃 1 日 3 餐吗？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否	
7	您是否发现比半年前更不能吃坚硬的食物了（干鱿鱼丝、腌萝卜等）？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否	
8	您有时会被茶、汤等呛到吗？	<input type="radio"/> ① 是	<input checked="" type="radio"/> ② 否	
9	过去 6 个月内您的体重是否减轻了 2~3kg 以上？	<input type="radio"/> ① 是	<input checked="" type="radio"/> ② 否	
10	您觉得走路比以前慢了吗？	<input type="radio"/> ① 是	<input checked="" type="radio"/> ② 否	
11	在过去的一年里，您跌倒过吗？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否	
12	您每周至少锻炼一次吗，如散步？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否	
13	您周围的人是否说您健忘，如“总是问同样的问题”？	<input type="radio"/> ① 是	<input checked="" type="radio"/> ② 否	
14	您有时是否很难想起今天是几月几日？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否	
15	您吸烟吗？	<input type="radio"/> ① 吸烟	<input type="radio"/> ② 不吸	<input checked="" type="radio"/> ③ 戒了
16	您每周至少外出 1 次吗？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否	
17	您经常与家人和朋友互动吗？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 否	
18	当您感到不适时，您身边是否有可以倾诉的人？	<input checked="" type="radio"/> ① 是	<input type="radio"/> ② 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。】
- 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、受诊票（本表）

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	地址	京都市中京区 寺町通御池下る下本能寺前町 500 番地 中信御池ビル 4 階	保险公司	京都府后期高龄者医疗广域协会						
假名	姓名	京都 太郎	性别	<input checked="" type="radio"/> 男	被保险人号码					
出生日期	电话	1949 年 5 月 1 日 (75 岁)			保险人号码	3	9	2	6	1
		000 - 123 - 4567			实施機関コード：					
					实施機関の所在地、名称、電話番号					
					医師氏名					

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。）