

## 検診受診票

筛查日当天与就诊体检问诊票一起带来。

受診日 年 月 日

団体名 (会社又は (市町村名))														
姓名 (日语读音)														
漢字														
性別														
郵編	[: : : : - : : : :]				电话号码 (日常联系方式)	[: : : : - : : : :]				[: : : : - : : : :]				
住址														

受診No.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

職員No.  
(住民)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 关于个人信息处理的要求

本基金将根据本基金会个人信息保护方针对通过各种体检项目获取的个人信息遵守严格的安全管理，并确保妥善处理个人信息。

- 包括体检者本人的体检结果的个人信息，将用于以下使用目的。  
 ① 体检预约、资料制作等事前准备、体检实施、结果报告、保健指导、体检履历数据管理  
 ② 体检费・会计事务  
 ③ 本基金将为提高健康体检服务的精准度及改善而进行调查分析、精密检查、跟踪调查等管理  
 ④ 学术研究、医疗统计、向学会等提交报告（个人信息将以无法识别个人身份的形式来使用）  
 ⑤ 回复咨询并通知您下次体检
- 体检事业主体（委托本基金将进行体检的企业、自治体、健保组合等）将在法律规定的范围内提供体检结果等。体检事业主体有义务通过合同等方式妥善管理个人信息，但即使是体检事业主体也将依法严格保护体检者本人的个人信息。
- 个人信息将由基金会内部处理，但部分数据处理和图像解释可能会委托与基金会签署了个人信息保护协议的公司和专科医生。基金会将监督业务承包者，确保个人信息得到安全管理。
- 我们不会从第三方获取个人信息，但我们可能会从体检事业主体获取体检预约者的名单等。
- 关于掌握精密检查结果，通过掌握本次健康体检（癌症筛查）被诊断为异常的人的精密检查结果，提高检查、筛查的精准性（正确度），可接受更好的检查、筛查。
- 法定外项目的体检结果也将以报告结果的形式提供（通知）给体检机构。如果您不同意，我们建议您进行个人体检。但如上所述，即使是体检事业主体也将依法严格保护体检者本人的个人信息，敬请谅解。
- 体检者本人的个人信息可以请求基金会公开或通知使用目的。如果公开结果后发现信息有误，可以要求更正、添加或删除。另外，有关体检者本人的个人信息还可以要求利用停止或删除。  
 请到以下咨询窗口咨询。  
 咨询时，我们将确认您是体检者本人或其法定代理人。

## 【个人信息保护及投诉・咨询相关所有事宜的咨询窗口】

一般财团法人 名古屋公众医学研究所 地址：〒453-8521 名古屋市中村区長篠町4-23  
 个人信息保护管理责任人：业务部部长 个人信息保护咨询窗口责任人：管理部部长  
 电话号码：(052) 412-3111 (总机) E-mail: [privacy@meikoui.or.jp](mailto:privacy@meikoui.or.jp)

※请同意上述《关于个人信息处理的要求》再接受体检。

 同意 不同意

姓名（签字）

如果不同意将不能接受筛查。

## 胸部X线检查 (肺癌)

※请您务必阅读【注意事项】。

1. 胸部X线检查就诊者请穿着没有纽扣、拉链等金属且不带图案的T恤衫。  
请摘掉项链及膏药等。
2. 正在使用胰岛素泵、连续血糖检测仪的人，请提前与主治医生确认是否可以接受X光检查，并且请在体检当天在家取下机器再去检查。
3. 怀孕中或有可能怀孕的人绝对不能接受检查。

病史调查 请您回答以下各项问题。

请女性回答。

现在您是否有怀孕的可能?  没有  有 有的情况, 不能接受X光检查。

您曾经是否接受过肺癌筛查?

没有  这次是第2次  这次是第3次以上 ⇒ 上次检查是 平成  令和  年  月左右

上次检查的结果为、 没有异常  需要观察  需要精密检查(意见: )

您曾经是否患过以下疾病?

没有  有 ⇒  肺结核  胸膜炎  肺炎  哮喘  慢性閉塞性肺疾患(COPD)  尘肺  其他( )

您曾经是否就职于以下职业?

没有  有 ⇒  石棉制品的制造及加工  陶瓷工业  金属加工业  粉尘多的职场  其他( ) 工作时间:  年

您最近是否有以下症状?

没有  有 ⇒  咳嗽  痰  血痰(6个月以内) → 请到医疗机构接受检查。  体重减少

您吸烟吗?

不吸烟  曾经吸烟  吸烟 ⇒ 1天:  支  年烟龄

被动吸烟  没有  有 时间:  年

父母、兄弟姐妹中是否有患癌的人?

没有  有 ⇒ 部位  肺  其他( )

## 胃部X线检查 (胃癌)

### ※请您务必阅读【注意事项】。

1. 饮用钡餐后拍摄X光进行检查。怀孕中或有可能怀孕的人、曾得过肠梗阻或肠扭转症的人、吞咽困难者、对钡餐制剂过敏的人（荨麻疹、呼吸困难）都不能接受检查。
2. 正在使用胰岛素泵、连续血糖检测仪的人，请提前与主治医生确认是否可以接受X光检查，并且请在体检当天在家取下机器再去检查。
3. 体检前一天晚10点以后至检查结束前不可以进食。直至睡觉前都可以喝水，但不能饮酒。当天检查的两个小时以前，可以喝200ml（1杯左右）的水或温水。
4. 请在检查两小时以前用200ml以内的水或温水服用血压·心脏病的药。请在检查前不要使用糖尿病的药·胰岛素。其他的内服药请按照主治医生的指示服用。

### 病史调查 请您回答以下各项问题。

请女性回答。

现在您是否有怀孕的可能?  没有  有 ⇒ 有的情况, 不能接受胃癌筛查。

您曾经是否对钡餐制剂有过敏反应?

没有  有 ⇒ 有的情况, 不能接受胃癌筛查。

您曾经是否接受过胃癌筛查?

没有  这次是第2次  这次是第3次以上 ⇒ 上次检查是 平成  和 年  月左右

上次检查的结果为、 没有异常  需要观察  需要精密检查(意见: )

您曾经是否患过以下疾病?

没有  有 ⇒ 胃溃疡  胃息肉  十二指肠溃疡  胃炎  胃癌  其他食道·胃·十二指肠的疾病 ( )

您曾经是否接受过胃、十二指肠的手术?  没有  有 平成  和 年 病名 ( )

您曾经是否接受过幽门螺旋杆菌的除菌治疗?  没有  有 平成  和 年 不知道

您最近是否有以下症状?

没有  有 ⇒ 胃疼  烧心  打嗝  恶心  被食物噎住  食欲不振  便秘  腹泻  血便  体重减少

关于您的嗜好。

烟  不吸烟  曾经吸烟  吸烟 ⇒ 1天:  支 年烟龄

酒  不喝酒  戒酒  年前  每天饮酒(每周5天以上)  时常饮酒(每周1至4天)  偶尔饮酒(1个月1至3天)

家族(血缘)中是否有患癌的人?

没有  有 ⇒ 父亲  母亲  兄弟·姐妹  祖父母

# 大肠癌筛查

※请您务必阅读【注意事项】。

- 1.请避开在月经中采便。
- 2.如果您在胃部内窥镜检查中接受了活检检查，请您拖后1周再采便。
- 3.请在胃部X线检查(钡餐检查)后的白便都排出后再采便。

病史调查 请您回答以下各项问题。

您曾经是否接受过大肠癌筛查?

没有  这次是第2次  这次是第3次以上 上次检查是 平成 年 月 左右

上次检查的结果为、 没有异常・阴性(-)

有发现・阳性(+)  您是否接受过精密检查?

没有  没有异常  
 有 ⇒ 结果是  意见( )

您曾经是否患过以下疾病?

食道的疾病	<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 溃疡	<input type="checkbox"/> 息肉	<input type="checkbox"/> 其他
胃・十二指肠的疾病	<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 溃疡	<input type="checkbox"/> 息肉	<input type="checkbox"/> 其他
大肠的疾病	<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 癌	<input type="checkbox"/> 溃疡	<input type="checkbox"/> 息肉	<input type="checkbox"/> 大肠炎
肛门的疾病	<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 内痔	<input type="checkbox"/> 肛裂	<input type="checkbox"/> 肛瘘	<input type="checkbox"/> 脱肛

您是否有正在服用的药物?

没有  有 (药名) )

您最近是否有右侧的症状?

没有  有  便秘  腹泻  血便

您喜欢吃什么食物?

肉类  鱼类  蔬菜  其他( )

关于您的嗜好。

烟  不吸烟  曾经吸烟  吸烟 ⇒ 1天:  支  年烟龄

酒  不喝酒  戒酒  年前  每天饮酒(每周5天以上)  时常饮酒(每周1至4天)  偶尔饮酒(1个月1至3天)

家族(血缘)中是否有患癌的人?

没有  有 ⇒  父亲  母亲  兄弟・姐妹  祖父母

# 宫颈癌筛查

※请您务必阅读【注意事项】。

- 1.医生由视诊和采取子宫颈部细胞进行检查，做过子宫摘除手术的人不能做检查。
- 2.因为月经中不能做宫颈癌筛查，请您变更其他日期。

病史调查 请您回答以下各项问题。

您曾经是否接受过宫颈癌筛查？

<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 这次是第2次	<input type="radio"/> 这次是第3次以上	⇒ 上次检查是	<input type="radio"/> 平成	<input type="radio"/> 令和	<input type="radio"/> 年	<input type="radio"/> 月	月左右	
			↓						
			上次检查的结果为、	<input type="radio"/> 没有异常	<input type="radio"/> 需要精密检查	<input type="radio"/> 再检查	<input type="radio"/> 无法判断	<input type="radio"/> 其他	( )

您曾经是否患过妇科(子宫·卵巢·输卵管)的疾病·或做过手术？

疾病：	<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ ( 病名： <input type="radio"/> <input type="radio"/> 岁时 )
	L 手术： <input type="radio"/> 没有 <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 岁时		

请回答关于怀孕与分娩的问题。

怀孕：	<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ <input type="radio"/> <input type="radio"/> 次	⇒ <input type="radio"/> 正在哺乳中	<input type="radio"/> 怀孕中	<input type="radio"/> 其他	( )			
( 性交经验	有·没有	)	L 分娩：	<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ <input type="radio"/> <input type="radio"/> 次	⇒ 剖腹产：	<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	最终分娩： <input type="radio"/> <input type="radio"/> 年

关于月经。

<input type="radio"/> 没有	⇒ <input type="radio"/> 闭经	⇒ <input type="radio"/> <input type="radio"/> 岁的时候
<input type="radio"/> 有	⇒ <input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 失调	( 具体症状 )
		最近的月经 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 日 <input type="radio"/> <input type="radio"/> 天

您的生殖器官在6个月以内是否出现过不正常的出血等症状？

<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ <input type="radio"/> 接触后	<input type="radio"/> 排尿后	<input type="radio"/> 其他	( )
--------------------------	-------------------------	-----------------------------	---------------------------	--------------------------	-----

关于白带。

<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ <input type="radio"/> 无色	<input type="radio"/> 白色	<input type="radio"/> 褐色	<input type="radio"/> 红色	<input type="radio"/> 其他	( )
--------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

关于避孕环的使用。

<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	关于荷尔蒙剂的使用。	<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ 药名 <input type="radio"/> 口服 <input type="radio"/> 避孕药	<input type="radio"/> 其他	( )
--------------------------	-------------------------	------------	--------------------------	-------------------------	---	--------------------------	-----

您是否接种过HPV疫苗？

<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ 初次接种	<input type="radio"/> 平成	<input type="radio"/> 令和	<input type="radio"/> 年	接种次数
--------------------------	-------------------------	--------	--------------------------	--------------------------	-------------------------	------

家族(血缘)中是否有患癌的人？

<input type="radio"/> 没有	<input type="radio"/> 有	⇒ <input type="radio"/> 父亲	<input type="radio"/> 母亲	<input type="radio"/> 兄弟·姐妹	<input type="radio"/> 祖父母
--------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------

# 乳腺癌筛查

※请您务必阅读【注意事项】。

1. 不能接受乳腺X线摄影钼靶检查的人。

怀孕或有可能怀孕的人、哺乳中的人、断乳后未满6个月的人、植入起搏器、中心静脉导管(皮下植入式)端口、V-P分流管(脑脊液分流术)的人、做过丰胸手术的人。

2. 接受乳腺X线摄影钼靶检查者中正在使用胰岛素泵、连续血糖监测仪的人,请提前与主治医生确认是否可以接受X光检查,并且请在体检当天在家取下机器再去检查。

3. 接受B超检查的哺乳中及断乳后未满6个月的人、因乳腺的状态有可能无法给出正确的结果(拍不出病变的画像),请您在断乳6个月以后来检查。

4. 如果有自觉症状,请您不要做筛查,直接到有乳腺专科的医疗机构就诊。

**病史调查 请您回答以下各项问题。**

请阅读完以上注意事项再回答。

您现在是否有怀孕的可能性?  没有  有 ⇒ 怀孕周数 :  周 / 最终月经 : 令和  年  月  日

您是否做过丰胸手术?  没有  有 ⇒  植入硅胶  其他植入

您是否植入了起搏器、中心静脉导管(皮下植入式)端口、V-P分流管?  没有  有 选择“有”的人不能接受乳腺X线摄影钼靶检查。

您曾经是否接受过乳腺癌筛查?

没有  这次是第2次  这次是3次以上 ⇒ 上次检查是 平成  令和  年  月左右

上次检查是  视诊触诊  B超  乳腺X线摄影钼靶检查

检查结果(不限上次检查)  视诊触诊  被诊断为需要精密检查 ⇒ 平成  令和  年  月左右

精密检查的结果是  没有异常  囊肿  纤维腺瘤  乳腺病  其他

您曾经是否患过乳腺的疾病?

乳房疾病:  没有  有 ⇒ (病名: )

乳房切开:  没有  有

激素疗法:  没有  有 ⇒ 正在治疗中  年 以前  年前治疗过,但现在没有

家族(血缘)中是否有患癌的人?

乳腺癌  没有  有 ⇒  母亲  姐姐  妹妹  祖母  姑·姨

其他癌  没有  有 ⇒  父亲  母亲  兄弟·姐妹  祖父母

关于月经。

没有 ⇒  闭经 ⇒  岁的时候

有 ⇒  正常  失调 最近的月经  月  日  天

现在您的乳房是否有异常?

(右)  没有  有 ⇒  肿块  变形  血性分泌物  疼痛感  其他

(左)  没有  有 ⇒  肿块  变形  血性分泌物  疼痛感  其他

您是否进行对自己的触诊?

没有  偶尔进行  定期(每月)进行

关于哺乳经历。

没有  有 ⇒ 断乳后半年~未满1年  断乳后1年以上

# 前列腺癌筛查

## ※请您务必阅读【注意事项】。

1. 采血化验血液中前列腺特异抗原(PSA)的血液检查，没有饮食限制。

## 病史调查 请您回答以下各项问题。

### 您曾经是否接受过前列腺癌筛查?

<input type="checkbox"/> 没有	<input checked="" type="checkbox"/> 这次是第2次	<input type="checkbox"/> 这次是3次以上	⇒ 上次检查是	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 年	<input type="checkbox"/> 月	月左右
上次的检查结果为、				<input type="checkbox"/> 没有异常				
需要精密检查 ⇒ 您是否接受过精密检查?				<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 没有异常			
				<input type="checkbox"/> 有 ⇒ 结果是	<input type="checkbox"/> 意见 ( )			

### 您曾经是否患过前列腺的疾病?

<input type="checkbox"/> 没有	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ⇒ 前列腺肥大	<input type="checkbox"/> 前列腺炎	<input type="checkbox"/> 前列腺癌	<input type="checkbox"/> 其他 ( )
-----------------------------	---	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

### 您最近是否有以下症状?

排尿时是否有疼痛感?	<input type="checkbox"/> 没有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
会阴部及肛门处是否有沉重感?	<input type="checkbox"/> 没有	<input checked="" type="checkbox"/> 有
腰及大腿(下肢)附近是否有疼痛感?	<input type="checkbox"/> 没有	<input checked="" type="checkbox"/> 有

### 排尿状态如何?

<input type="checkbox"/> 良好 (排尿有力顺畅)	<input type="checkbox"/> 一般 (没太在意, 但不如年轻的时候)	<input type="checkbox"/> 不好 (不顺畅, 需要时间)		
躺下后到起床前, 一般需要几次起来排尿?		<input type="checkbox"/> 几乎没有	<input type="checkbox"/> 1~2次	<input type="checkbox"/> 3次以上

### 请填写关于您的饮食习惯与嗜好。

烟	1天20支以上	1天不到20支	<input type="checkbox"/> 曾经吸烟	<input type="checkbox"/> 不吸烟	
酒	每天	每周2~3次	<input type="checkbox"/> 每月2~3次	<input type="checkbox"/> 不喝酒	
米饭	3顿	两顿	<input type="checkbox"/> 一顿	<input type="checkbox"/> 每周2~3次	<input type="checkbox"/> 不吃
肉类	每天	每周2~3次	<input type="checkbox"/> 每月2~3次	<input type="checkbox"/> 不吃	
蔬菜类	每天	每周2~3次	<input type="checkbox"/> 每月2~3次	<input type="checkbox"/> 不吃	
鱼贝类	每天	每周2~3次	<input type="checkbox"/> 每月2~3次	<input type="checkbox"/> 不吃	
日本茶	1天10杯以上	1天5~9杯	<input type="checkbox"/> 1天1~4杯	<input type="checkbox"/> 不喝	

# 骨質疏松症検査

※请您务必阅读【注意事项】。

1.由于用超音波检查脚后跟，因此请您穿着穿脱方便的袜子等前来检查。

**病史调查** 请您回答以下各项问题。

您曾经是否患过以下疾病?

<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 有	⇒	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 甲状腺旁腺	<input type="checkbox"/> 肾脏病	<input type="checkbox"/> 高血压	<input type="checkbox"/> 肝脏病	<input type="checkbox"/> 消化器	<input type="checkbox"/> 妇科	<input type="checkbox"/> 其他
-----------------------------	----------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

您曾经是否骨折过?

<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 有	⇒	<input type="checkbox"/> 部位	<input type="checkbox"/> 手腕	<input type="checkbox"/> 手指	<input type="checkbox"/> 脚	<input type="checkbox"/> 其他
			<input type="checkbox"/> 原因	<input type="checkbox"/> 交通事故	<input type="checkbox"/> 体育运动中		<input type="checkbox"/> 其他

您有过减肥经验吗?

<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 有	⇒	次数 :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 次	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> kg減重
-----------------------------	----------------------------	---	------	---	----------------------------	---	-------------------------------

您正在定期运动吗?

<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 正在	⇒	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 小时/每次	次数 :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 次/每周	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 年	(运动 : 项目)
-----------------------------	-----------------------------	---	---	--------------------------------	------	---	-------------------------------	---	----------------------------	--------------

您的步行时间·睡眠时间有多长?

1天步行的时间是   小时左右

1天睡眠的时间是   小时左右

有关饮食习惯。

	每天	每周 3~6次	每周 1、2次	几乎 没有		每天	每周 3~6次	每周 1、2次	几乎 没有
牛奶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	整个可以食用的小鱼类	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
乳制品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	鱼贝类	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
豆腐· 大豆制品	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	黄绿色蔬菜	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
肉类	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>

请女性回答。

有关月经  正常  失调  闭经  怀孕中

## 体检问诊票

病史调查 请您回答以下各项问题。

<b>① 您曾经是否接受过体检?</b>		<input type="checkbox"/> 每年都接受	<input type="checkbox"/> 偶尔	<input type="checkbox"/> 第1次																																																																																								
<b>② 服药史 (必须填写)</b>		<b>③ 您现在或曾经是否患过以下疾病?</b>																																																																																										
<b>*请您务必填写。</b> <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 降压药 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 为降血糖 注射胰岛素 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有 降胆固醇或 内脏脂肪的药物		<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 没有</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>脂质异常症</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>肺结核</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>胃炎</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>痔疮</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>耳朵的疾病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>心脏病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>肝脏病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>哮喘</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>胃息肉</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>贫血</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>眼睛的疾病</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>高血压</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>胰腺疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>肺炎</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>十二指肠溃疡</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>妇科的疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>骨质疏松</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>脑血管疾患</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>肾脏病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>尘肺</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>食道的疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>乳腺的疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>癌</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>痛风(高尿酸血症)</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>胃溃疡</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>大肠的疾病</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>甲状腺疾患</td> <td><input type="checkbox"/> 治疗中</td> <td><input type="checkbox"/> 以前</td> <td>其他</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	脂质异常症	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肺结核	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胃炎	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	痔疮	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	耳朵的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	心脏病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肝脏病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	哮喘	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胃息肉	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	贫血	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	眼睛的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	高血压	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胰腺疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肺炎	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	十二指肠溃疡	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	妇科的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	骨质疏松	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	脑血管疾患	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肾脏病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	尘肺	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	食道的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	乳腺的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	癌	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	糖尿病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	痛风(高尿酸血症)	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胃溃疡	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	大肠的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	其他
<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	脂质异常症	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肺结核	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胃炎	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	痔疮	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	耳朵的疾病																																																																													
<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	心脏病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肝脏病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	哮喘	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胃息肉	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	贫血	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	眼睛的疾病																																																																											
<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	高血压	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胰腺疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肺炎	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	十二指肠溃疡	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	妇科的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	骨质疏松																																																																											
<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	脑血管疾患	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	肾脏病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	尘肺	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	食道的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	乳腺的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	癌																																																																											
<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	糖尿病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	痛风(高尿酸血症)	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	胃溃疡	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	大肠的疾病	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	甲状腺疾患	<input type="checkbox"/> 治疗中	<input type="checkbox"/> 以前	其他																																																																											
<b>④ 您现在是否有右侧的症状?</b>		<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 没有</td> <td><input type="checkbox"/> 强烈的疲劳感</td> <td><input type="checkbox"/> 眩晕</td> <td><input type="checkbox"/> 咳嗽·痰</td> <td><input type="checkbox"/> 烧心</td> <td><input type="checkbox"/> 腹痛</td> <td><input type="checkbox"/> 被食物噎住</td> <td><input type="checkbox"/> 便秘</td> <td><input type="checkbox"/> 腹泻</td> <td><input type="checkbox"/> 手脚麻痹</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 头痛</td> <td><input type="checkbox"/> 悸动·气喘</td> <td><input type="checkbox"/> 脉搏紊乱</td> <td><input type="checkbox"/> 胸痛</td> <td><input type="checkbox"/> 呕吐</td> <td><input type="checkbox"/> 食欲不振</td> <td><input type="checkbox"/> 口渴</td> <td><input type="checkbox"/> 身体浮肿</td> <td><input type="checkbox"/> 其他</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 强烈的疲劳感	<input type="checkbox"/> 眩晕	<input type="checkbox"/> 咳嗽·痰	<input type="checkbox"/> 烧心	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 被食物噎住	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 腹泻	<input type="checkbox"/> 手脚麻痹		<input type="checkbox"/> 头痛	<input type="checkbox"/> 悸动·气喘	<input type="checkbox"/> 脉搏紊乱	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 呕吐	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 口渴	<input type="checkbox"/> 身体浮肿	<input type="checkbox"/> 其他																																																																				
<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 强烈的疲劳感	<input type="checkbox"/> 眩晕	<input type="checkbox"/> 咳嗽·痰	<input type="checkbox"/> 烧心	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 被食物噎住	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 腹泻	<input type="checkbox"/> 手脚麻痹																																																																																			
	<input type="checkbox"/> 头痛	<input type="checkbox"/> 悸动·气喘	<input type="checkbox"/> 脉搏紊乱	<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 呕吐	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 口渴	<input type="checkbox"/> 身体浮肿	<input type="checkbox"/> 其他																																																																																			
<b>⑤ 您是否有吸烟的习惯?</b> <small>(※“习惯性吸烟”是最近1个月一直吸烟,且一生中吸烟时间超过6个月以上,或一共吸过100根以上) 包括加热式电子烟</small>		<b>⑥ 关于饮酒的频度</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 没有</td> <td><input type="checkbox"/> 每天</td> <td><input type="checkbox"/> 每月1~3天</td> <td>频度为①~⑥的人也请填写您的饮酒量。</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 以前吸过烟,最近1个月没有吸烟</td> <td><input type="checkbox"/> 每周5~6天</td> <td><input type="checkbox"/> 每月未满1天</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 有</td> <td><input type="checkbox"/> 每周3~4天</td> <td><input type="checkbox"/> 戒酒 最近1年以上</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 每周1~2天</td> <td><input type="checkbox"/> 不喝酒 (不会喝酒)</td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 每天	<input type="checkbox"/> 每月1~3天	频度为①~⑥的人也请填写您的饮酒量。	<input type="checkbox"/> 以前吸过烟,最近1个月没有吸烟	<input type="checkbox"/> 每周5~6天	<input type="checkbox"/> 每月未满1天		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 每周3~4天	<input type="checkbox"/> 戒酒 最近1年以上			<input type="checkbox"/> 每周1~2天	<input type="checkbox"/> 不喝酒 (不会喝酒)																																																																									
<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 每天	<input type="checkbox"/> 每月1~3天	频度为①~⑥的人也请填写您的饮酒量。																																																																																									
<input type="checkbox"/> 以前吸过烟,最近1个月没有吸烟	<input type="checkbox"/> 每周5~6天	<input type="checkbox"/> 每月未满1天																																																																																										
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 每周3~4天	<input type="checkbox"/> 戒酒 最近1年以上																																																																																										
	<input type="checkbox"/> 每周1~2天	<input type="checkbox"/> 不喝酒 (不会喝酒)																																																																																										
		<b>1天的酒量</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> ① 1合未满</td> <td><input type="checkbox"/> ② 1~2合未满</td> <td><input type="checkbox"/> ③ 2~3合未满</td> <td><input type="checkbox"/> ④ 3~5合未满</td> <td><input type="checkbox"/> ⑤ 5合以上</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> ① 1合未满	<input type="checkbox"/> ② 1~2合未满	<input type="checkbox"/> ③ 2~3合未满	<input type="checkbox"/> ④ 3~5合未满	<input type="checkbox"/> ⑤ 5合以上																																																																																			
<input type="checkbox"/> ① 1合未满	<input type="checkbox"/> ② 1~2合未满	<input type="checkbox"/> ③ 2~3合未满	<input type="checkbox"/> ④ 3~5合未满	<input type="checkbox"/> ⑤ 5合以上																																																																																								
		<b>⑦ 家族史</b> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 没有</td> <td><input type="checkbox"/> 心脏病</td> <td><input type="checkbox"/> 脑出血</td> <td><input type="checkbox"/> 高血压</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 高脂血症</td> <td><input type="checkbox"/> 癌</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 父母</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 兄弟姐妹</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 祖父母</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 心脏病	<input type="checkbox"/> 脑出血	<input type="checkbox"/> 高血压	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 癌		<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 兄弟姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/> 没有	<input type="checkbox"/> 心脏病	<input type="checkbox"/> 脑出血	<input type="checkbox"/> 高血压	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> 癌																																																																																						
	<input type="checkbox"/> 父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
	<input type="checkbox"/> 兄弟姐妹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
	<input type="checkbox"/> 祖父母	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																						
<b>⑧ 请您填写以下的病史调查。</b>		<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有被医生诊断为贫血?</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有比同龄人走路速度快?</td> <td><input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 几乎</td> <td>您是否有在早中晚3顿饭以外吃零食或喝甜饮料?</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有接受过脑血管疾病的治疗?</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您的体重与20岁相比是否有增加10公斤以上?</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>吃饭时咀嚼的情况</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有接受过心脏病的治疗?</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有坚持一年以上每周两天以上且1次30分钟以上的运动?</td> <td><input type="checkbox"/> 快 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 慢</td> <td>与他人相比吃饭的速度快慢</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有接受过慢性肾病的治疗?</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有在日常生活中进行每天1个小时以上的步行或同等的身体活动?</td> <td><input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有</td> <td>您是否有每周3次以上在睡前两个小时以内吃晚饭?</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有被医生诊断为贫血?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有比同龄人走路速度快?	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 几乎	您是否有在早中晚3顿饭以外吃零食或喝甜饮料?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有接受过脑血管疾病的治疗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您的体重与20岁相比是否有增加10公斤以上?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	吃饭时咀嚼的情况	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有接受过心脏病的治疗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有坚持一年以上每周两天以上且1次30分钟以上的运动?	<input type="checkbox"/> 快 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 慢	与他人相比吃饭的速度快慢	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有接受过慢性肾病的治疗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有在日常生活中进行每天1个小时以上的步行或同等的身体活动?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有每周3次以上在睡前两个小时以内吃晚饭?																																																																
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有被医生诊断为贫血?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有比同龄人走路速度快?	<input type="checkbox"/> 每天 <input type="checkbox"/> 偶尔 <input type="checkbox"/> 几乎	您是否有在早中晚3顿饭以外吃零食或喝甜饮料?																																																																																							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有接受过脑血管疾病的治疗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您的体重与20岁相比是否有增加10公斤以上?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	吃饭时咀嚼的情况																																																																																							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有接受过心脏病的治疗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有坚持一年以上每周两天以上且1次30分钟以上的运动?	<input type="checkbox"/> 快 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 慢	与他人相比吃饭的速度快慢																																																																																							
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有接受过慢性肾病的治疗?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有在日常生活中进行每天1个小时以上的步行或同等的身体活动?	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 没有	您是否有每周3次以上在睡前两个小时以内吃晚饭?																																																																																							
您想试着改善运动或饮食等的生活习惯吗?		<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 不打算改善</td> <td><input type="checkbox"/> 打算改善 (6个月内)</td> <td><input type="checkbox"/> 最近打算改善(1个月内)、 一点一点开始</td> <td><input type="checkbox"/> 已经正在做改善 (6个月内)</td> <td><input type="checkbox"/> 已经正在做改善 (6个月以上)</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 不打算改善	<input type="checkbox"/> 打算改善 (6个月内)	<input type="checkbox"/> 最近打算改善(1个月内)、 一点一点开始	<input type="checkbox"/> 已经正在做改善 (6个月内)	<input type="checkbox"/> 已经正在做改善 (6个月以上)																																																																																			
<input type="checkbox"/> 不打算改善	<input type="checkbox"/> 打算改善 (6个月内)	<input type="checkbox"/> 最近打算改善(1个月内)、 一点一点开始	<input type="checkbox"/> 已经正在做改善 (6个月内)	<input type="checkbox"/> 已经正在做改善 (6个月以上)																																																																																								
<p>※ 请您在同意背面的《关于个人信息处理的要求》之后再接受体检。</p> <p><input type="checkbox"/> 同意      <input type="checkbox"/> 不同意</p> <p>姓名(签字)</p> <p style="text-align: right;">如果不同意将不能接受体检。</p>																																																																																												