

C) 次の質問のついて、あてはまることからのにチェックして下さい。 Please circle any of the following that apply to you.

1) 現在		1) Currently	
健康と考える	Yes / No	Do you feel that you are in good health?	
どこかに異常があると思われる	Yes / No	Do you feel that there may be something wrong with your health?	
現在服用している薬がある(薬の名前)	Do you currently take any medication? (name of the medication)		
	Yes() / No()		
2) 好み		2) Likes / Dislikes	
タバコ すわない / すう 1日()本	Cigarettes - Don't Smoke / Smoke - How many per day? ()		
アルコール	Alcohol		
毎日 / 時々 / 飲まない	Daily / Sometimes / Don't drink		
濃いお茶、コーヒーをたくさん飲む	Yes / No	Do you drink a lot of strong tea or coffee?	
甘いもの / 脂っこいもの /しょっぱいもの / 辛いもの	Sweet foods / Fatty foods / Salty foods / Hot & spicy foods		
3) 便通		3) Bowel Movements	
1日()回 / 便秘しやすい / 下痢しやすい / 痔がある	() time(s) per day / Prone to constipation / Prone to Diarrhea / Haemorrhoids		
4) 体重		4) Weight	
ほとんど変わらない / 最近増った / 最近やせた	Mostly unchanged / Recently put on weight / Recently lost weight		
5) 仕事		5) Occupation	
職種(具体的に詳しく)	Type of work (a detailed description of what you do)		
普通約8時間程度 / 長時間 / 夜間働く / 早朝働く	Normally around an 8 hour day / Long hours / Work nights / Work early mornings		
重い物を動かす / ずっと立っている / ほこりっぽい / 薬品くさい	Lifting of heavy objects / Standing all day / Dusty conditions / Smells of chemicals		
熱い仕事 / 危険な仕事 / その他	Hot working conditions / Dangerous work / Other		
6) 健康診断の経験		6) Have you had a medical checkup before?	
ある / ない	Yes / No		
7) 循環器		7) Cardiovascular system	
血圧が高い / 普通 / 低い	Your blood pressure is - High / Normal / Low		
息切れどきどきがしやすい	Yes / No	Do you often have shortness of breath and a heavy heartbeat?	
脈が乱れる	Yes / No	Do you have an irregular pulse?	
胸がおさえつけられるたり、しめつけられたりする感じがある	Yes / No	Do you get a feeling similar to your chest being pressed on or squeezed?	
手足や顔がむくむことがある	Yes / No	Do your hands, legs, or face Sometime become swollen?	
夜中に小便に行くことが多い(約 回)	Yes() / No()	Do you often need to go to the toilet during the night? Yes (Approx. ___ times)	
8) 呼吸器		8) Respiratory	
かぜをひきやすい、ひくと長くかかる	Yes / No	Do you catch colds easily and take a long time to get better?	
せきやたんがよくでる	Yes / No	Do you often cough or cough up phlegm?	
夜、ゼイゼイする	Yes / No	Do you feel wheezy at night?	
のどがはれやすい	Yes / No	Does your throat become swollen easily?	
鼻がつまる	Yes / No	Does your nose passage often become obstructed?	

9) 消化器		9) Digestion	
食欲が無い	Yes / No	Do you have a poor appetite?	
よく胃をこわす	Yes / No	Do you often get a sore stomach?	
むねやけがする	Yes / No	Do you get heartburn?	
はげけがする	Yes / No	Do you feel nauseous?	
食後に胃がはる、もたれる	Yes / No	Does your stomach feel bloated and heavy after meals?	
胃が痛む	Yes / No	Do you get a stomachache	
食事の後 / 空腹の時 / いつも 強い / にぶい	after meals / when your stomach is empty / all the time? Strong / Dull pain		
かかまこまなければならぬほど胃がいたむことがあった	Yes / No	Have there been times that the pain in your stomach was excruciating and unbearable?	
下腹部が時々痛む、おなかがはる	Yes / No	Do you sometimes feel pain in your lower abdomen or your stomach feels bloated?	
下痢と便秘が交互する	Yes / No	Is your body constantly alternating between diarrhea and constipation?	
大便の中に血が混じることがある	Yes / No	Do you sometimes notice blood in your stool?	
黒い大便が出る	Yes / No	Are there times when your stool is black?	
歯槽膿漏がある	Yes / No	Do you have alveolar pyorrhea?	
10) 神経系		10) Nervous System	
ひどく頭が重かったり痛んだりする	Yes / No	Does your head feel very heavy and you have bad headaches?	
体がカッと熱くなったりぞくぞくしたりする	Yes / No	Does your body suddenly become hot and then you get the shivers?	
急にめまいがする	Yes / No	Do you ever have a sudden dizziness?	
上を向くとフラフラする	Yes / No	Do you ever feel woozy if you look upwards?	
どこかシビレていたり、ビリビリしていることがある	Yes / No	Are there times when parts of your body, or you feel pins and needles?	
耳鳴りがする	Yes / No	Do you get a ringing in your ears?	
耳が遠い	Yes / No	Do you have trouble hearing?	
目が疲れる、目がかすむ	Yes / No	Do you have tired eyes or blurry vision?	
寝つきが悪い	Yes / No	Do you have trouble sleeping well?	
いらいらする、なにか不安を感じる	Yes / No	Do you feel annoyed and worried?	
11) 運動系		11) Kinetic System	
関節が時々はれて痛む	Yes / No	Do your joints sometimes get swollen and sore?	
腰が痛んでつらい	Yes / No	Do you have a sore lower back?	
肩や背すじがはって仕事が続けられない	Yes / No	Do your shoulders and back muscles get so sore that you can't work?	
よく手足がつる	Yes / No	Do you often have cramps in your arms or legs?	
12) その他		12) Other	
いつも体が疲れやすくだるい	Yes / No	Do you easily become tired and exhausted?	
口が渇いて水分を多くとる	Yes / No	Does your mouth feel very dry causing you to drink a lot of water?	
はだに「できもの」が多くて困る	Yes / No	Are you troubled by bad acne?	
尿 小便に血が混じることがある	Yes / No	Are there times when blood appears in your urine?	
排尿の際痛みがある	Yes / No	Does it hurt when you urinate?	
排尿に時間がかかる	Yes / No	Does it take a long time for you to pass urine?	
尿管が細い	Yes / No	Is it a strain to pass urine?	
13) 女性のみ		13) Women Only	
月経以外に出血がある	Yes / No	Do you experience irregular bleeding outside your normal menstrual cycle?	
月経 順調 / 不順 / ない	Menstruation no problems / irregular / don't menstruate		
おりもの ある / ない	Vaginal Discharge? Yes / No		
出産回数()回	流産回数()回	死産回数()回	人口流産回数()回
Given birth () time(s)	No. of Miscarriages ()	No. of Stillbirths ()	No. of Abortions ()

◆◆◆ 検査結果 RESULTS ◆◆◆

1 身長 height _____ cm
 体重 body weight _____ kg
 BMI body mass index _____
 体重(kg)/(身長(m)*身長(m))

- 1 肥満(>25) too fat
- 2 太りすぎ fat
- 3 ちょうど良い ideal
- 4 やせすぎ thin
- 5 やせすぎ(<20) too thin

2 血圧 blood pressure _____ mmHg

- 1 高すぎる too high
- 2 やや高い slightly high
- 3 正常 normal
- 4 低すぎる too low

3 尿検査 Urine test

1 蛋白	protein	-	±	+	++	+++
2 ウロビリノーゲン・白血球	urobilinogen,WBC	-	±	+	++	+++
3 潜血	occult blood	-	±	+	++	+++
4 糖	sugar	-	±	+	++	+++
5 生理中	menstruation	-	±	+	++	+++

SAMPLE

4 内科所見 for doctor's comments only

5 胸部レントゲン Chest x-ray

1 異常なし	normal (所見findings)	-	±	+
2 要検査	further examination necessary	-	±	+

6 診断 Diagnosis

高血圧	Severe hypertension
高脂血症(疑い)	hyperlipidemia(suspected)
貧血	anemia
肝機能異常(疑い)	liver disease(suspected)
アルコール性肝障害	alcoholic liver disease
糖尿病(疑い)	diabetes(suspected)
腎疾患(疑い)	kidney ailment(suspected)

7 結果 RESULTS

異常なし	normal
要観察	slightly questionable=observation needed
再検査	further check on
備考	remark

健康調査票 Health Check (English)

英語

検査注意事項	Note
この調査は、あなた方の健康をまもり生活を明るく楽しくするためのものです。絶対に他にもらすようなことはありませんから、なんでも正直に記入してください。	The following questions are designed to keep you in good health. All information will be kept strictly confidential; therefore please answer all questions honestly.

氏名 _____ 国籍 _____
 Name _____ Nationality _____
 生年月日(年齢) _____ 滞在年数 _____
 Birthdate (Age) _____ () Years you have been in Japan _____

A)あなたは、下に書いた病気にかかったことがありますか、		Have you ever suffered from any of the following illnesses ?
かかったことがあればその病気に○をつけ、大体いつごろかを()の中にかいてください。		If you have, then please circle the sickness and write in the brackets the approximate date that you were sick.
【例】肺炎(1990頃)/糖尿病(治療中)	[e.g.] Pneumonia (Around 1990) / Diabetes (Currently being treated)	
1)肺結核、肺炎、喘息	Yes() / No ()	1)Tuberculosis of the lungs, Pneumonia, Asthma
2)高血圧、心臓病、狭心症、心筋梗塞	Yes() / No ()	2)High blood pressure, Heart Disease, Angina, Cardiac Infarction
3)胃潰瘍、十二指腸潰瘍	Yes() / No ()	3)Stomach Ulcer, Duodenal Ulcer
4)肝臓疾患	Yes() / No ()	4)Liver Disease
5)胆石、胆のう炎	Yes() / No ()	5)Gallstones, Gallbladder Inflammation
6)腎臓病、腎・尿路結石	Yes() / No ()	6)Kidney Disease, Kidney/Urinary Tract Stones
7)糖尿病	Yes() / No ()	7)Diabetes
8)貧血症	Yes() / No ()	8)Anemia
9)神経痛、リウマチ	Yes() / No ()	9)Neuralgia, Rheumatism
10)がん	Yes() / No ()	10)Cancer
11)痛風	Yes() / No ()	11)Gout
12)外傷、手術	Yes() / No ()	12)External Wound, Surgery
13)その他	Yes() / No ()	13)Other

B)あなたの家族で下に書いた病気にかかった方がいたらそのところに○をつけてください。		If someone in your family has suffered from any of the following illnesses, please circle them.
なお、どなたがかかったかも()の中にかいて下さい。		Please enter in the brackets who the person was.
1)結核	Yes() / No ()	1)Tuberculosis
2)高血圧(脳溢血、半身不随)	Yes() / No ()	2)High Blood Pressure (Cerebral Hemorrhage, Partial Paralysis)
3)癌	Yes() / No ()	3)Cancer
4)喘息	Yes() / No ()	4)Asthma
5)糖尿病	Yes() / No ()	5)Diabetes
6)腎臓病	Yes() / No ()	6)Kidney Disease
7)結石症	Yes() / No ()	7)Calculus
8)その他	Yes() / No ()	8)Other

C) 次の質問のついて、あてはまることからのチェックして下さい		Xin khoanh tròn vào những câu hỏi nào đúng với bạn	
1) 現在		1) Hiện nay	
健康と考える	Yes / N	Cảm thấy khỏe mạnh	
どこかに異常があると思われ	Yes / N	Cảm thấy không được ổn	
現在服用している薬がある(薬の名前)	Hiện nay đang dùng thuốc (tên thuốc)		
	Yes () / No ()		
2) 好み		2) Thích	
タバコ すわない/すう 1日()本	Thuốc lá- Không hút / hút - Mỗi ngày () điếu		
アルコール 毎日/時々/飲まない	Rượu- mỗi ngày / thỉnh thoảng / Không uống		
濃いお茶、コーヒーをたくさん飲む	Yes / N	Uống nhiều trà hoặc cà phê đậm đặc	
甘いもの / 脂っこいもの / しょっぱいもの / 辛いもの			
Thức ăn ngọt / Thức ăn có nhiều mỡ / Thức ăn mặn / Thức ăn cay			
3) 便通		3) Đi vệ sinh	
1日()回	便秘しやすい / 下痢しやすい / 痔がある		
1 ngày () lần	Dễ bị táo bón / Dễ bị tiêu chảy / Mắc bệnh trĩ		
4) 体重		4) Cân nặng	
ほとんど変わらない	最近太った / 最近やせた		
Hầu như không thay đổi	Lên cân gần đây / Xuống cân gần đây		
5) 仕事		5) Công việc	
普通約8時間程度	長時間 / 夜間働く / 早朝働く		
Bình thường / Nhiều giờ / Làm việc ban đêm / Làm việc sáng sớm			
重い物を動かす	ずっと立っている / ほこりっぽい / 薬品くさい		
Di chuyển những vật nặng / Đứng suốt / Nhiều bụi bặm / Mùi thuốc			
熱い仕事 / 危険な仕事 / その他			
Công việc ở nơi nóng bức / Công việc nguy hiểm / Những công việc khác			
6) 健康診断の経験		6) Đã từng đi khám sức khỏe	
	Yes / No		
7) 循環器		7) Cơ quan tuần hoàn	
血圧が高い/普通/低い	Huyết áp cao / bình thường / thấp		
息切れとうきがしやすい	Yes / N	Tim thường đập nhanh và khó thở	
脈が乱れる	Yes / N	Mạch đập bất thường	
胸がおさえつけられるたり、しめつけられたりする感じがある	Yes / N	Cảm thấy ngực bị chèn ép	
手足や顔がむくむことがある	Yes / N	Tay chân hoặc mặt bị sưng	
夜中に小便に行くことが多い	Yes () / No ()	Hay đi tiểu đêm (Khoảng lần)	
8) 呼吸器		8) Cơ quan hô hấp	
かぜをひきやすい、ひくと長くかかる	Yes / N	Thường bị cảm và hay kéo dài	
せきやたんがよくでる	Yes / N	Thường bị ho và có đờm	
夜、ゼイゼイする	Yes / N	Thở khó khè vào ban đêm	
のどがはれやすい	Yes / N	Dễ bị viêm họng	
鼻がつまる	Yes / N	Nghẹt mũi	

9) 消化器		9) Cơ quan tiêu hóa	
食欲が無い	Yes / No	Ăn không ngon miệng	
よく胃をこわす	Yes / No	Thường bị đau bụng	
むねやげがする	Yes / No	Chứng ợ nóng	
はきけがする	Yes / No	Buồn nôn	
食後に胃がはる、もたれる	Yes / No	Sinh bụng sau khi ăn	
胃が痛む	Yes / No	Đau bao tử	
食事の後/空腹の時/いつも強い/にぶい	Sau khi ăn / Lúc bụng đói / Thường xuyên Nhiều / Âm ỉ		
かかみこまなければならぬほど胃がいたむことがあった	Yes / N	Từng bị đau bụng đến mức không chịu nổi	
下腹部が時々痛む、おなかがはる	Yes / N	Phần bụng dưới thỉnh thoảng bị đau hoặc sinh bụng	
下痢と便秘が交互する	Yes / N	Thường bị tiêu chảy và táo bón	
大便の中に血が混じることがある	Yes / N	Có lẫn máu trong phân	
黒い大便が出ることがある	Yes / N	Đi phân đen	
歯槽膿漏がある	Yes / N	Sung mù ở răng	
10) 神経系		10) Hệ thần kinh	
ひどく頭が重かったり痛んだりする	Yes / N	Đau và nặng đầu rất nhiều	
体がカッと熱くなったりぞくぞくしたりする	Yes / N	Có thể đột nhiên nóng lên / bị run	
急にめまいがある	Yes / N	Đột ngột chóng mặt	
上に向くとフラフラする	Yes / N	Đi có cảm giác khi ngóc lên phía trên	
どこかシビレている、ピリピリしていることがある	Yes / N	Đau tê và đau ở nơi nào đó có thể	
耳鳴りがする	Yes / N	Bị ù tai	
耳が遠い	Yes / N	Bị điếc tai	
目が疲れる、目がかすむ	Yes / N	Mỏi mắt và mờ sương	
寝つきが悪い	Yes / N	Khó ngủ	
いらいらする、何か不安を感じる	Yes / N	Cảm thấy bồn chồn, lo lắng	
11) 運動系		11) Hệ vận động	
関節が時々はれて痛む	Yes / N	Thỉnh thoảng các khớp xương bị sưng và đau	
腰が痛んでつらい	Yes / N	Bị đau lưng	
肩や背すじがはって仕事が続けられない	Yes / N	Bị đau vai và đau cổ lưng đến nỗi không làm việc được	
よく手足がつる	Yes / N	Tay chân bị chuột rút	
12) その他		12) Các chứng bệnh khác	
いつも体が疲れやすくだるい	Yes / N	Có thể dễ bị mệt mỏi	
口が渴いて水分を多くとる	Yes / N	Uống lượng nước nhiều khi khát nước	
はだに「できもの」が多くて困る	Yes / N	Bị khó chịu khi lên nhiều mụn	
小便に血が混じることがある	Yes / N	Trong nước tiểu có lẫn máu	
排尿の際痛みがある	Yes / N	Đi tiểu bị đau	
排尿に時間がかかる	Yes / N	Mất nhiều thời gian lúc đi tiểu	
尿管が細い	Yes / N	Đường tiểu hẹp	
13) 女性のみ		13) Phần dành cho phụ nữ	
	Yes / N	Xuất huyết ngoài chu kỳ kinh nguyệt	
順調/不順/ない	Đều đặn / Không đều / Không có		
ある / ない	Kinh nguyệt Yes / No		
出産回数()回	流産回数()回	死産回数()回	人口流産回数()回
Số lần sinh nở ()	Số lần sảy thai ()	Số lần sinh thai chết ()	Số lần phá thai ()

◆◆◆ 検査結果 Kết quả xét nghiệm ◆◆◆

1 身長 Chiều cao _____ cm
 体重 Cân nặng _____ kg
 BMI (Biểu thị trọng lượng cơ thể)
 体重(kg)/(身長(m))*身長(m)
 Cân nặng Chiều cao

- 1 肥満(>25) Quá cân
- 2 太りすぎ Hơi quá cân
- 3 ちょうど良い Vừa
- 4 やせぎみ Hơi thiếu cân
- 5 やせすぎ(<20) Thiếu cân

2 血圧 Huyết áp _____ mmHg

- 1 高すぎる Quá cao
- 2 やや高い Cao
- 3 正常 Bình thường
- 4 低すぎる Quá thấp

3 尿検査 1 蛋白 Protein ± + ++ +++
 Xét nghiệm nước tiểu 2 ウロビリノーゲン・白血球 Urobilinogen, bạch huyết cầu - ± + ++ +++
 3 潜血 Hồng cầu ẩn trong nước tiểu ± + ++ +++
 4 糖 Đường ± + ++ +++
 5 生理中 Đang kinh +

4 内科所見 Ý kiến nội khoa

5 胸部レントゲン Chụp X-Quang ở vùng ngực 1 異常なし Bình thường 所見 Ý kiến
 2 要検査 Cần xét nghiệm

6 診断 Chẩn đoán

高血圧	Huyết áp cao
高脂血症(疑い)	Chứng cao mỡ trong máu (có thể)
貧血	Thiếu máu
肝機能異常(疑い)	Rối loạn chức năng gan
アルコール性肝障害	Tổn hại gan do rượu
糖尿病(疑い)	Bệnh tiểu đường (có thể)
腎疾患(疑い)	Bệnh thận (có thể)

7 結果 Kết quả

異常なし
 Bình thường

要観察
 Cần theo dõi

再検査
 Xét nghiệm lại

備考
 Ghi chú

健康調査票 Phiếu khám sức khỏe

ベトナム語

検査注意事項	Ghi chú
この調査は、あなた方の健康をまもり生活を明るく楽しくするためのものです。 絶対に他にもらすようなことはありませんから、なんでも正直に記入してください。	Phiếu khám sức khỏe này nhằm giữ gìn sức khỏe của bạn và giúp bạn có cuộc sống tươi vui Những thông tin này sẽ được giữ kín. Xin cứ thành thật điền vào.

氏名 _____ 国籍 _____

Họ tên _____ Quốc tịch _____

生年月日(年齢) _____ 滞在年数 _____

Ngày tháng năm sinh: _____ Tuổi: _____ Số năm ở Nhật _____

A) あなたは、下に書いた病気にかかったことがありますか、
 かかったことがあればその病気に○をつけ、大体いつごろかを()の中にかいてください。
 BẠN ĐÃ TỪNG MẮC PHẢI NHỮNG CHỨNG BỆNH SAU KHÔNG?
 Nếu có, xin khoanh tròn vào tên bệnh và cho biết mắc chứng bệnh ấy khi nào.

【例】肺炎 (1990頃) / 糖尿病 (治療中)	【Vi dụ】 Viêm phổi (khoảng năm 1990) / Tiểu đường (đang chữa trị)
1) 肺結核、肺炎、喘息 Yes () / No	1) Lao phổi, viêm phổi, bệnh suyễn
2) 高血圧、心臓病、狭心症、心筋梗塞 Yes () / No	2) Cao huyết áp, chứng đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, bệnh tim
3) 胃潰瘍、十二指腸潰瘍 Yes () / No	3) Loét bao tử, loét ruột tá
4) 肝臓疾患 Yes () / No	4) Rối loạn chức năng gan
5) 胆石、胆のう炎 Yes () / No	5) sỏi mật, viêm túi mật
6) 腎臓病、腎・尿管結石 Yes () / No	6) Bệnh thận, sỏi thận và kết sỏi trong nước tiểu
7) 糖尿病 Yes () / No	7) Bệnh tiểu đường
8) 貧血症 Yes () / No	8) Bệnh thiếu máu
9) 神経痛、リウマチ Yes () / No	9) Đau thần kinh, bệnh thấp khớp
10) がん Yes () / No	10) Ung thư
11) 痛風 Yes () / No	11) Bệnh gút
12) 外傷、手術 Yes () / No	12) Ngoại thương, phẫu thuật
13) その他 Yes () / No	13) Các chứng bệnh khác

B) あなたの家族で下に書いた病気にかかった方がいたらそのところに○をつけてください。
 Xin khoanh tròn vào các chứng bệnh sau, nếu trong gia đình của bạn có người mắc phải.

なお、どなたがかかったかも()の中に書いて下さい。
 Xin ghi vào trong ngoặc đó là ai mắc phải chứng bệnh ấy.

1) 結核 Yes () / No	1) Bệnh lao
2) 高血圧(脳溢血、半身不随) Yes () / No	2) Bệnh cao huyết áp (xuất huyết não, bán thân bất toại)
3) 癌 Yes () / No	3) Ung thư
4) 喘息 Yes () / No	4) Bệnh suyễn
5) 糖尿病 Yes () / No	5) Bệnh tiểu đường
6) 腎臓病 Yes () / No	6) Bệnh thận
7) 結石症 Yes () / No	7) Sỏi thận
8) その他 Yes () / No	8) Các chứng bệnh khác