

(団体名) 個人
(氏名) テスト 受診者1
(受診日) 令和4年12月8日

1
(生年月日) 昭和45年1月1日
(年齢) 52 歳 男



記入例: チェック 訂正 数字 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

自覚症状

最近次のような

自覚症状はありますか

Chi maete Ви будь-які з наступних симптомів?

特になし
нічого особливого

<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 頭暈	<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 血痰	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 肩こり	<input type="checkbox"/> 肩の痛み	<input type="checkbox"/> 胸部圧迫感	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 嘔吐
<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 脈のみだれ	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> 手足のしびれ
<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> 耳鳴り	<input type="checkbox"/> Швидка втомлюваність	<input type="checkbox"/> 腹のぼた	<input type="checkbox"/> 腰痛
<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 腹のぼた	<input type="checkbox"/> 排便困難
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> 痰がでる	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 尿がもれやすい
			<input type="checkbox"/> その他()	

Chi maete Ви будь-які з наступних симптомів?
現病・既往症・経過観察中の疾患

0. 特になし <input type="checkbox"/>	ニчого особливого	Вилікувано	Спостереження	Не ліковано	Вилікувано	Спостереження	Не ліковано	
	治癒	経過観察	手術	放置	治癒	経過観察	手術	放置
	На лікуванні	Прооперовано			На лікуванні	Прооперовано		
1. 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. 乳腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. 婦人科疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 脳血管疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. がん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 心臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. 前立腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 胃・消化器疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. 眼疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 肝臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. 整形疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 胆のう疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. 精神疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 膵臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. 皮膚疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 脂質異常症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. 輸血の有無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 腎臓疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. その他			
11. 痛風	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. 糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. 甲状腺疾患	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

アレルギー

食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	花粉アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	その他アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

ピロリ菌関連の病歴

Chi provodili Вам колись дослідження на виявлення Helicobacter pylori? はい(初回検査) 年) 陽性 陰性 不明

ピロリ菌の除菌治療を受けましたか? はい(年) 結果: 成功 不成功 不明

女性の方

Chi maete same zaraz menstruatsiya? いいえ はい (日目) 妊娠中または妊娠の可能性はありますか? いいえ はい

Персонал заповнить наступне
★以下 スタッフが記入します

●身体計測	●血圧	●視力	●聴力
身長	1回目	右	右
体重	2回目	左	左
腹囲	採血	裸眼	1KHz
	便	スクオリガニイ	4KHz
	尿	矯正	所見
	心電図	診察	

(団体名) 個人
(氏名) テスト 受診者1
(受診日) 令和4年12月8日

人間ドック標準
(生年月日) 昭和45年 1月 1日
52 歳 男 1



記入例: チェック 訂正 数字 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

質問項目		回答	
1-3	現在、a~cの薬の使用の有無について	はい	いいえ
1	a. 血圧を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	b. 血糖を下げる薬を服用又はインスリン注射を使用していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	医師から、貧血といわれたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者) Відноситься до тих, хто вкурив більше 100 сигарет на даний момент або на протязі останніх 6 місяців; та до тих, хто курить більше 1 місяця. 記入例 37才 0.9本 Наприклад 37 років 0.9 пляшки.	吸っている 過去に吸っていた 吸っていない	はい いいえ いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	毎日30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	何でもかんで食べることができる 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ほとんどかめない	はい いいえ いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	速い 普通 遅い	はい いいえ いいえ
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	毎日 時々 ほとんど飲まない(飲めない)	はい いいえ いいえ
16	朝食以外の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	毎日 時々 ほとんど摂取しない	はい いいえ いいえ
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	毎日 時々 ほとんど飲まない(飲めない)	はい いいえ いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度	毎日 時々 ほとんど飲まない(飲めない)	はい いいえ いいえ
19	〇飲酒日の1日当たりの飲酒量	1合未満 180ml 2~3合未満 360~540ml 1~2合未満 180~360ml 3合以上 540ml~	はい いいえ いいえ
20	睡眠で休養が十分とれている。	睡眠 時間ぐらい	はい いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	改善するつもりはない 既に改善に取り組んでいる(概ね6ヶ月以内) 既に改善に取り組んでいる(概ね6ヶ月以上)	はい いいえ いいえ
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい いいえ	はい いいえ
23	最後に食事をされてからの経過時間を教えてください。	少なくとも10時間以上 3.5時間から10時間未満 5時間未満	はい いいえ いいえ