

Phiếu câu hỏi khám sức khỏe

ベトナム語



Tô kín



Nét mảnh

Cách điền phiếu câu hỏi khám sức khỏe: Vui lòng sử dụng bút chì hoặc bút chì kim để tô đậm như hình bên phải.

Vui lòng lựa chọn phương án thích hợp với từng nội dung sau đây.

Tiểu sử bệnh hiện tại/Tiền sử bệnh
Đang sử dụng thuốc
Xác nhận việc sử dụng thuốc theo chẩn đoán và điều trị của bác sĩ

Hiện tại, anh/chị có hút thuốc thường xuyên không?
Điều kiện 1: Hút thuốc trong khoảng 1 tháng gần đây
Điều kiện 2: Hút thuốc trên 6 tháng, hoặc hút trên 100 điếu thuốc

(*3 "Những người hiện đang hút thuốc thường xuyên" là những người thỏa mãn điều kiện 1 và điều kiện 2.)

Về tần suất uống rượu và lượng rượu uống
Tần suất uống rượu
Lượng rượu tiêu thụ

Có Không Về hướng dẫn bảo vệ sức khỏe
Anh/Chị đã bao giờ được hướng dẫn bảo vệ sức khỏe cụ thể về việc cải thiện lối sống chưa?

Có Không Nữ giới
Đang trong chu kỳ kinh nguyệt
Đang mang thai (hoặc nghi ngờ mang thai)

Các triệu chứng chủ quan
Chán ăn
Cơ thể uể oải, dễ mệt mỏi
Thường xuyên khát nước
Thường xuyên đổ mồ hôi
Giảm cân đột ngột
Đau đầu
Đau mắt
Suy giảm tầm nhìn
Thường xuyên ho và có đờm
Khạc đờm ra máu
Đánh trống ngực, thở đứt hơi, khó thở
Bị ợ nóng và chướng bụng sau khi ăn
Táo bón và tiêu chảy tái diễn
Phân nhỏ so với bình thường
Đi ngoài phân đen
Tiểu tiện kém
Cứng khớp ngón tay vào buổi sáng
Ngủ không ngon hoặc thức dậy nhiều lần
Cảm thấy khó chịu
Cảm thấy căng thẳng
Cảm thấy chóng mặt hoặc hoa mắt khi đứng lên

Các câu hỏi cụ thể khác
Đã tăng từ 10 kg trở lên so với cân nặng lúc 20 tuổi
Hiện đang vận động trong 30 phút trở lên mỗi ngày từ 2 ngày trở lên mỗi tuần trong 1 năm liên tục trở lên
Hiện đang đi bộ hoặc vận động cơ thể tương đương khoảng 1 tiếng trở lên mỗi ngày trong cuộc sống hàng ngày
Tốc độ đi bộ nhanh hơn so với hầu hết những người cùng giới tính mà cùng tuổi.
Ăn tối trong vòng 2 giờ trước khi đi ngủ từ 3 lần trở lên mỗi tuần
Bỏ bữa sáng từ 3 lần trở lên mỗi tuần

Vui lòng chọn 1 đáp án trả lời cho mỗi câu hỏi
Tôi được nghỉ ngơi đầy đủ nhờ ngủ đủ giấc.
Có Không
Khi cắn nhai thức ăn thì bạn thuộc trạng thái nào?
Có thể cắn nhai mọi thứ Khó cắn nhai Hầu như không thể cắn nhai được
Tốc độ ăn của bạn có nhanh so với mọi người không?
Nhanh Bình thường Chậm
Bạn có ăn vặt hay uống đồ ngọt ngoài 3 bữa sáng trưa tối không?
Hàng ngày Thỉnh thoảng Hầu như không
Lượng thức ăn mỗi lần của bạn như thế nào?
Lượng nhỏ Ăn no tám phần Ăn no căng

Anh/Chị có dự định cải thiện lối sống chẳng hạn như tập thể dục, thói quen ăn uống, v.v. không? (Hãy chọn 1 đáp án trả lời)
Không có ý định cải thiện
Có ý định cải thiện (trong khoảng 6 tháng tới)
Có ý định cải thiện (trong khoảng 1 tháng tới)
Đang thực hiện các cải thiện (dưới 6 tháng)
Đang thực hiện các cải thiện (trên 6 tháng)

センター職員 記入欄 特保初回実施 保健指導実施者名

Lịch sử công việc
Khung giờ làm việc hiện tại
Thường làm ca ngày
Thường làm ca đêm
Làm đôi ca (cả ca ngày và ca đêm)

Số giờ làm việc trung bình mỗi ngày (trong 1 tháng gần nhất)
Dưới 6 giờ
Từ 6 đến dưới 8 giờ
Từ 8 đến dưới 10 giờ
Từ 10 giờ trở lên

Số ngày làm việc trung bình mỗi tuần (trong 1 tháng gần nhất)
Dưới 3 ngày
Từ 3 đến dưới 5 ngày
5 ngày
Từ 6 ngày trở lên

Tiền sử công việc trước đây
Công việc liên quan đến việc xử lý cá c
Công việc liên quan đến xử lý bụi
Công việc liên quan đến rung động dữ dội
Công việc có xử lý các chất độc hại
Công việc có xử lý bức xạ

Header area with name and address fields.

Main body of the questionnaire with multiple-choice options and checkboxes.

Footer area with signature and name fields.

