

【健康情况调查表】斜体→日语

姓 名: [] 先生/女士

检查日期: [年 月 日]

性 别: [男性・女性]

出生年月: [年 月 日]

身 高: []cm 体重: []kg

【1】現在是否患有正在治疗的疾病。現在医師にかかって治療を受けている病気はありますか？

○无 ○有 ↓若“有”请填写就诊科室。（可以多项填写）

いいえ はい はいの方は受診している科をご記入ください

()

【2】現在是否正在服用医师处方药品。現在医師から処方され、服用中の薬はありますか？

○无 ○有 ↓若“有”请填写服用的药品名。（可以多项填写）

いいえ はい はいの方は服用している薬をご記入ください

()

【3】有无过敏史。アレルギーはありますか？

○无 ○有 ↓若“有”请填写过敏的种类。（可以多项填写）

いいえ はい はいの方はアレルギーの種類をご記入ください

()

【4】是否患有幽闭恐惧症。閉所恐怖症はありますか？

○无 ○有 ↓若“有”请填写恐惧程度。いいえ はい はいの方はどの程度かご記入ください

○强烈 ○中等 ○微弱 強い やや強い 少々

自觉症状

【5】有无自觉症状。現在自覚症状はありますか？

○无 ○有 ↓若“有”请填写自觉症状。（可以多项填写）

いいえ はい はいの方は自覚症状をご記入ください

()

【6】女性请回答，有月经者请填写月经结束到预定体检日的天数。

女性の方のみ月経がある場合には終了日から予約日までの日数をご記入ください。

()

【7】女性请回答，有无与月经有关的不适症状。女性の方のみ月経に関連する症状がありますか？

○无 ○有 ↓若“有”请填写不适的症状。（可以多项填写）いいえ はい はいの方は症状をご記入ください

()

【8】女性请回答，是否怀孕，请务必回答。 女性の方のみ 妊娠について必ずご記入ください。

怀孕中 可能怀孕 未怀孕 現在妊娠している 現在妊娠している可能性がある 妊娠していない

【9】是否有输血史。 今まで輸血を受けたことがありますか？

无 有

【10】是否有脑动脉瘤手术史。 以前に脳動脈瘤の手術を受けたことがありますか？

无 有

【11】体内是否植入心脏起搏器。 現在心臓ペースメーカーを挿入していますか？

无 有 ↓若“有”请填写起搏器类型和手术日期。

いいえ はい はいの方は種類、手術時期をご記入ください。

类型・手術日期 () 種類・手術時期

【12】体内是否植入其它特殊装置和器具。 体内埋め込み型の特殊な装置・器具を使用していますか？

无 有 ↓若“有”请填写植入器具类型和手术日期。

いいえ はい はいの方は種類、手術時期をご記入ください。

类型・手術日期

()

【13】是否接受过CT检查。 CT検査を受けたことがありますか？

无 有 ↓若“有”请填写检查日期和检查部位。

いいえ はい はいの方は受診時期、検査部位と結果の項目をご記入ください。

検査日期・検査部位 () 受診時期、検査部位

検査結果， 无异常 観察中 治療中 精密検査結束 治療結束

検査結果 異状なし 経過観察中 治療中 精密検査済 治療済

【14】是否接受过胃部检查（胃钡餐透视，胃镜）。

胃の検査（胃透視、胃内視鏡）をうけたことがありますか？

无 有 ↓若“有”请填写检查日期和结果。

いいえ はい はいの方は受診時期と結果の項目をご記入ください。

検査日期 1年以内 2年以内 2年以上

検査結果， 无异常 観察中 治療中 精密検査結束 治療結束

検査結果 異状なし 経過観察中 治療中 精密検査済 治療済

【15】是否接受过肠道检查（灌肠造影，结肠镜）。

大腸の検査（注腸造影、ファイバー）を受けたことがありますか？

无 有 ↓若“有”请填写检查日期和结果。

いいえ はい はいの方は受診時期と結果の項目をご記入ください。

検査日期 1年以内 2年以内 2年以上

検査結果， 无异常 観察中 治療中 精密検査結束 治療結束

検査結果 異状なし 経過観察中 治療中 精密検査済 治療済

【16】是否接受过PET検査。 以前にPET検査を受けたことがありますか？

无 有 ↓若“有”请填写检查日期和结果。

いいえ はい はいの方は受診時期と結果の項目をご記入ください。

検査時間, 1年以内 2年以内 2年以上

検査結果, 无异常 観察中 治療中 精密検査结束 治療结束

検査結果 異常なし 経過観察中 治療中 精密検査済 治療済

検査地点, 本体检中心 其它地点

() どちらで? 当センター その他

既往史

如有既往史(过去曾经得过的疾病)请如实填写。 既往症(過去にかかった病気)がある場合はご記入ください

【17】是否有癌和恶性肿瘤史。 あなたは、がん・悪性腫瘍の病歴がありますか？

无 有 ↓若“有”请填写病名和时期。 いいえ はい はいの方は病名、時期をご記入ください。

[病名] [時期]

[病名] [時期]

[病名] [時期]

<家族遗传病史>

【18】家族有无遗传病史, 请如实填写。 あなたの家族の既往症についてご記入ください

有关生活習慣調査: 请在相关“○”处做标记。 生活習慣に関して、該当する○をマークしてください

【19】现在吸烟吗 たばこをすいますか？

不吸 已戒烟 偶尔吸烟 每天吸烟 吸いません 禁煙した ときどき 毎日

有吸烟史的, 请在相关“○”处做标记。 喫煙歴のある方のみ、以下の質問に該当する○をマークしてください

毎日平均吸烟量。既往吸烟史者请记录以前的吸烟量。

喫煙量(一日平均) 禁煙した方も禁煙前の喫煙量をご記入ください

未滿20根 20根左右 40根左右 60根左右 60根以上 根→本 左右→程度

吸烟年数。已戒烟者请填写戒烟前的年数。

喫煙年数はどのくらいですか? 禁煙した方も禁煙前の喫煙年数をご記入ください

没有吸过 0~4年 5~9年 10~19年 20~29年 30~49年 50年以上。

吸ったことがない

以上, 感谢合作!

__ご協力ありがとうございました。