病况调查表

 　　**体检日期　　　 年 　　月 　　日(星期　　 )**

（個人情報に基づいて取り扱います。）

 1．个人信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 拼音 中文  | 姓 　　　　　　　 | 名 　　　　　　　 | 性别  | 男・女  |
| 出生年月日  | 年 　　月 　　日（　　 ）岁  |
| 公司名称 （职位: ）  |
| 地址 以下地址是（公司／家庭）※需要打“○”  | 邮编:  |
| 电话: － － 　　　　　　　　　　　　　（手机: － － ）  |

2．病史

如果有正在治疗或过去的得过的疾病，填写如下（目前的状况请在“ □”内打“ ）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病 名  | 何时开始  | 治疗方法（手术・药名等）  | 医院名  |
| 年 　岁 □正在治疗中(現在治療中)  | 手术・放疗・药物治疗・观察・其他 年 　月(　　　 ) * 年 　月终止治疗(終了)
 |
| 年　 岁 □正在治疗中(現在治療中)  | 手术・放疗・药物治疗・观察・其他 年 　月(　　　 ) * 年 　月终止治疗(終了)
 |
| 年　 岁 □正在治疗中(現在治療中)  | 手术・放疗・药物治疗・观察・其他 年 　月(　　　 ) * 年 　月终止治疗(終了)
 |
| 年 　岁 □正在治疗中(現在治療中)  | 手术・放疗・药物治疗・观察・其他 年 　月(　　　 ) * 年　 月终止治疗(終了)
 |
| 年 　岁 □正在治疗中(現在治療中)  | 手术・放疗・药物治疗・观察・其他 年 　月(　　　 ) * 年 　月终止治疗(終了)
 |
| 年　 岁 □正在治疗中(現在治療中)  | 手术・放疗・药物治疗・观察・其他 年 　月(　　　 ) * 年 　月终止治疗(終了)
 |

3．使用中的药物

如果有正在使用的药物(口服药、注射药)填写如下。如不知药名，请填写病名及用法。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病 名  | 口服药・药名  | 用法(使用時・分量)  |
| 口服（1天 　次・1天　 片）  |
| 口服（1天 　次・1天　 片）  |
| 口服（1天 　次・1天　 片）  |
| 口服（1天 　次・1天　 片）  |
| 口服（1天 　次・1天 　片）  |
| 病 名  | 注射药・药名  | 用法  |
| 早上( )･中午( )･晚上( )･睡前( )･必要时  |
|  |

4．现在的情况 　　　　　　　　　根据您的个人情况请在“□”内打“

① □有过敏病史　(アレルギー) （药物： 　　　　　　　／食品等： 　　　　　　　　　）

② □有哮喘病史　(喘息)　　　（□正在治疗中 　□观察中 　□治愈）

③ □封闭场所恐惧症　(閉所恐怖症)

④ □体内是否植入过金属类物质　(体内金属)　（□心脏起搏器　 □脑部动脉瘤别针）

（□其他：部位 　　　　　　　　　　　／材料 　　　　　　　　　　　）

⑤ □得过病毒性肝炎　(ウイルス肝炎)（类型: □甲肝 □乙肝 □丙肝 ）

5．日常生活 　　　　　　　　　　符合您情况时，请在□内打

① 吸 烟 史 □吸烟 　　　　　　　　　　　　（１天：　　　 支 　　　年吸烟史）

(喫 煙 歴) □以前吸烟(到 　　岁为止) 　　 （１天：　　　 支　　　 年吸烟史）

□不吸烟（喫煙歴なし）

② 饮 酒 　 □饮酒（□每天 　□每周 　　天 □应酬）□饮酒量 每次　 　瓶・杯・罐

饮酒种类 □日本酒 □威士忌 □红酒 □烧酒 □啤酒 □白酒

□戒酒(禁酒)　 　年前开始 □偶尔饮酒

③ 常 用 饮 料 □咖啡 □红茶 □日本茶 □清凉饮料（　　　　　　 ）

④ 排便 (便通) □大便顺畅 □经常便秘 □有点腹泻 □排便形状细长 □便中带血

⑤ 睡 眠 □每日平均　　　　　　　　　 小时 熟睡感如何?（□很好 □不好）

⑥ 运 动 习 惯 □平时不运动

(運動の習慣) □运动：每周　 　天／1次　 分钟 什么运动（　　　　　　　　　　　　　 ）

(内容)

⑦ 饮食习惯(以下符合您情况时, 请在 □内打)(食事について)

油炸食品(揚げ物) 　　　□每天吃 或 每周吃（□5-6次 □3-4次 □1-2次）　　　　　 □不吃

肉类 (肉類) 　　　　　 □每天吃 或 每周吃（□5-6次 □3-4次 □1-2次） □不吃

鱼类 （魚類） □每天吃 或 每周吃（□5-6次 □3-4次 □1-2次） □不吃

蔬菜 (野菜) □每天吃 或 每周吃（□5-6次 □3-4次 □1-2次） □不吃

水果 (果物) □每天吃 或 每周吃（□5-6次 □3-4次 □1-2次） □不吃

甜食点心(甘味) □每天吃 或 每周吃（□5-6次 □3-4次 □1-2次） □不吃

咸味食品(塩辛い物) □每天吃 或 每周吃（□5-6次 □3-4次 □1-2次） □不吃

料理的味道(味付) □很咸 □一般 □清淡 □偏甜（常用□砂糖・□蜂蜜）

⑧ 在外吃饭的频率如何?(包括在外购买的盒饭和饭团）

早饭（每周 次） 午饭（每周 次） 晚饭（每周 次）

(朝食) (昼食) (夕食)

⑨ 是否有精神压力 □没有 □偶尔有 □很多 ストレス)

6．日常生活及最近的身体状况 如有以下情况, 请在“□”内打“（可多选）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １．  | □最近体重减轻(やせた)  | 19.  | □有血尿(血尿)  |
| ２．  | □食欲不振(食欲不振)  | 20.  | □有残尿感(残尿感)  |
| ３．  | □身体疲倦(だるい)  | 21.  | □夜间尿频(頻尿)  |
| ４．  | □有痔疮(痔)  | 22.  | □排尿痛(排尿痛)  |
| ５．  | □有血便或黑便(血便・黒い便)  | 23.  | □失眠(不眠)  |
| ６．  | □头晕(めまい)  | 24.  | □背痛(背部痛)  |
| ７．  | □经常想喝水(口渇き)  | 25.  | □腰痛(腰痛)  |
| ８．  | □有心悸・气喘(動悸、息切れ)  | 26.  | □关节肿痛(関節痛)  |
| ９． □胸闷(胸内苦悶) |  |
| 10. □脉搏紊乱(不整脈) |  |
| 11.  | □头痛(頭痛)  | 《只限女性回答》  |
| 12.  | □食物吞咽困难(食物のつかえ)  | 27.  | □有怀孕的可能性(妊娠の可能性)  |
| 13.  | □胃部不适(胃の具合がわるい)  | 28.  | □乳房有肿块或疼痛感(乳房のしこり)  |
| 14.  | □烧心感(胸やけ)  | 29.  | □乳头有分泌物(乳分泌)  |
| 15.  | □咳嗽・痰多(咳・痰)  | 30.  | □有不正常出血(不正出血)  |
| 16.  | □声音沙哑(かすれ声)  | 31.  | □月经不调(生理不順)  |
| 17.  | □痰中带血(血痰)  | 32.  | □闭经(閉経)  |
| 18.  | □浮肿(むくみ)  | 33.  | □最终月经（ 月 日～ 月 日）  |

7．家族癌症病史

家族中如有患过癌症的家人，请填写患病部位及大约的发病年龄。(家族内がん発生)

癌症（部位:大肠・肺・胃・子宫・卵巢・肝脏・肾脏・前列腺・胰脏・其他

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 癌的发病部位がんの部位 | 年龄 |  | 癌的发病部位がんの部位 | 年龄 |  | 关系続柄 | 癌的发病部位がんの発症部位 | 年龄 |
| 祖父爷爷 | 　 | （　　） | 父父亲 | 　 |

|  |
| --- |
| （　　） |

 | 兄弟姉妹 | 【　　】 | 　 | （　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 祖母奶奶 | 　 | （　　） |  |  | 兄弟 | 【　　】 | 　 | （　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 外公 | 　 | （　　） | 母母亲 | 　 | （　　） | 姐妹 | 【　　】 | 　 | （　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 外婆 |  | （　　） |  | 【　　】 | 　 | （　　） |

例子: 癌的发病部位 年龄

爷爷　　　 (68） 　肺　※（ ）内填写年龄， 　　□内填写癌的发病部位,

奶奶 (65）　 大肠 [ ] 内填写与您的关系

8．最近接受过的检查

请在体检・疾病检查・定期检查中做出选择并画圈“

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 检查项目  | 检查目的  | 检查时间  | 医院名  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 胃镜检查  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月   医院名　　　　　　　　　　 |
| 大腸内視鏡検査 肠镜检查  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |
| ＣＴ检查 部位（ ）  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |
| ＭＲＩ检查 部位（ ）  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |
| 超声波检查 部位（ ）  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |
| 宫颈癌 子宫癌检查 子宫体癌  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |
| 钼钯(乳腺X线)  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |
| バリウム（胃・大腸） 造影检查(胃/大肠) ＰＥＴ检查/RI检查  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |
| 其他检查（ ） 部位（ ）  | 体检・疾病检查・定期检查 （结果）  | 年 月 　　　医院名　　　　　　　　　　 |

9．现在对自己的身体哪里比较担心?

在其他医院就诊时，被指出有问题的地方请填写如下:

问诊表填写日期:　　　　　 年 　　　月 　　　日

填写人是 (本人・非本人),如填写人非本人的话请填写姓名及关系（姓名:　　 ）、关系（　 ）