

健康診査 記録表 (厚生連健診センター)

Records relating to specific health checkup (JA Ehime koseiren health checkup center)

鉛筆でお書きください。間違えた場合は必ず消しゴムで消してください。

口には✓点または実際の数字を記入してください。

Please write with a pencil. Please be sure to turn out with an eraser if you make a mistake.

氏名 name	生年月日 Date of Birth			性別 sex
	年 Y	月 M	日 D	男・女 Male・Female

本人のこと yourself	血縁者のこと (父・母・祖父母・兄弟姉妹) family (Father, Mother, Grandparents, Brothers and sisters)
----------------	---

現在治療中の病気、以前かかったことのある病気について発症年齢を記入し、現在の治療状況に✓点を記入してください。
Disease currently in treatment, to fill in the age of onset for the disease that it took previously, please fill in the record points to the current therapeutic situation.

	何歳頃 Year old	治療中 During treatment	経過観察中 Follow-up	治療 Healing	放置 Leave to chance	病歴の有無 Their medical history
1. 高血圧 Hypertension (High blood pressure)						
2. 糖尿病 diabetes						
3. 脂質異常症 (高脂血症) Dyslipidemia (hyperlipidemia)						
4. 脳卒中 stroke						
5. 心筋梗塞 myocardial infarction (heart attack)						
6. 心臓病 () heart disease ()						
7. 腎臓病 kidney disease						
8. 貧血 (妊婦中も含む) Anemia (Including even during pregnancy)						
9. 肝臓病・肝機能障害 () liver disease・Liver dysfunction ()						
10. 痛風・高尿酸血症 gout・hyperuricemia						
11. がん () Cancer ()						

上記以外の病気について、病名・治療状況について記入してください。
About the disease other than the above, please fill in the name of the disease and treatment situation.

<p>最近1ヶ月間で以下の症状がある場合には口には✓を記入してください。 Please fill in the ✓ to □ in the case of a recent one-month there is the following symptoms.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1. 特になし nothing special <input type="checkbox"/> 2. 咳や痰が続く (2週間以上) Followed by cough or sputum (More than two weeks) <input type="checkbox"/> 3. 息切れ shortness of breath <input type="checkbox"/> 4. 動悸 Palpitation <input type="checkbox"/> 5. 胸部症状 Chest symptoms <input type="checkbox"/> 6. 頭痛 headache <input type="checkbox"/> 7. めまい dizziness <input type="checkbox"/> 8. 腹痛 abdominal pain <input type="checkbox"/> 9. 関節痛 Joint pain <input type="checkbox"/> 10. 手足のしびれ Numbness of the hands or feet <input type="checkbox"/> 11. 手足がむくむ Swelling of the hands or feet <input type="checkbox"/> 12. 胸焼け・吐き気・nausea <input type="checkbox"/> 13. 発熱 fever <input type="checkbox"/> 14. その他 others </p>
