

【英語】(English)

健康診査質問票
The specific health checkup questionnaire

受診券整理番号 Check up ticket number	
お名前 name	
生年月日 Date of Birth	年 月 日 Y M D
記入日(受診日) today's date	年 月 日 Y M D

※Please circle ①Yes or ②No.

質問項目 questionnaire	選択肢 Options
1 血圧を下げる薬を服用している。 Do you take any medication to reduce blood pressure?	①はい ②いいえ ① Yes ② No
2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用している。 Do you take insulin injection or medication to reduce blood sugar?	①はい ②いいえ ① Yes ② No
3 コレステロールを下げる薬を服用している。(中性脂肪含む) Do you take medication to reduce your cholesterol level?	①はい ②いいえ ① Yes ② No
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。 Have you ever been told by the doctor you have a stroke (cerebral hemorrhage, brain infarction, etc.) and received treatment?	①はい ②いいえ ① Yes ② No
5 医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)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。 Have you ever been told by the doctor you have a heart disease (angina pectoris, myocardial infarction, etc) and received treatment?	①はい ②いいえ ① Yes ② No
6 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか。 Have you ever been diagnosed as having a chronic kidney failure or received treatment (dialysis therapy)?	①はい ②いいえ ① Yes ② No
7 医師から、貧血といわれたことがある。 Have you ever been diagnosed you were anemic?	①はい ②いいえ ① Yes ② No
8 現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に吸っている」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) Do you smoke? (※ have smoked a total of over 100 cigarettes or have smoked over a period of 6 months and has been smoking over the past month.)	①はい ②いいえ ① Yes ② No