

健康診断質問書
Health Questionnaire

企業名 Name of Company	日付 年 月 日 Date: / /
------------------------	--

氏名 Name	漢字	性別:男 女	生年月日
	ローマ字	Gender: M / F	Date of Birth

下の質問にお答え下さい。 1 赴任時期 年 月から 2 海外生活の経験(6ヶ月以上の滞在国) 3 家族状況(未婚・既婚・子供 名) ・現在の生活形態 単身／家族全員と一緒に／その他 4 20才から25才頃の体重は()Kg 海外生活で体重は a. 変わらない b. 増えた()か月間に()Kg c. 減った()か月間に()Kg 5 アルコール飲量 頻度について a. 以前から飲まない b. ()年前に止めた c. 機会があれば飲む 1週間に約()回 飲酒量 a. 飲酒期間通算()年間 b. 1回の平均量 ・日本酒一合以内、またはビール大1びん以内 または水割りダブル一杯以内 ・日本酒2合以内、またはビール大2びん以内 または水割りダブル2杯以内 ・日本酒3合以上、またはビール大3びん以上 または水割りダブル3杯以上 6 喫煙 ・以前から吸わない ・()年前に止めた ・日に()本くらい吸う 通算喫煙期間()年 7 生活 ・一日の睡眠時間は約()時間です。 ・一日の平均労働時間は()時間です。 ・あなたの仕事は a. 座って行う事務中心 b. 立ったり、歩いたりする仕事・家事 c. 重い物をもったりする力仕事 d. 有害物質を扱う仕事	Please answer the following questions. 1 Since when have you stayed in the Philippines? /Y /M 2 Please name the countries you've stayed more than 6 months. 3 Status(single/Married/No.of children) * Are you staying here with family? Alone/With whole family/Others() 4 Your weight at around 20-25yrs old was ()Kg While you are in abroad, your weight has been; a constant b increased about ()Kg within ()month c decreased about()Kg within()month 5 Drinking Habit About frequency; a Non-drinker b Quit drinking since()years ago c Drink Occasionally Approximately()times a week Consumption amount; a Your drinking history; About ()yrs. b Alcohol Consumption ・Less than a glass of SAKE/Less than one large bottle of beer/less than one glass of whisky ・Less than two glasses of SAKE/Less than two large bottle of beer/less than two glass of whisky ・More than three glasses of SAKE/More than three large bottle of beer/more than threeglasses of whisky 6 Smoking Habit ・Non-smoker ・Quit smoking since ()yrs ago ・Smoke about ()cigarettes a day Your smoking history; about ()years. 7 Daily life ・You usually sleep for () hours at night. ・Average working hours per a day is ()hours. ・You do your work; a while sitting. b while standing or walking(including house chores) c which requires strength. d which involves noxious substance.
--	---

8 運動 下記種類と程度よりあてはまる数字を選び、空欄にご記入ください。				8 Sport&Exercise Please select appropriate number of "sport name" and "frequency" from the charts to fill up the below.			
種類				Type of sport			
時間	分	分	分	Duration	min	min	min
程度				How often			
種類				Type of Sport (select the number)			
	1	ゴルフ		5	ジム		
	2	野球		6	水泳		
	3	ジョギング		7	テニス		
	4	散歩		8	その他		
程度				How Often (select the number)			
	1	週に1回程度		1	About once a week		
	2	週に2~4回程度		2	About 2-4times a week		
	3	ほとんど毎日		3	Almost everyday		
9 アレルギー症状は 1) ない 2) ぜんそく 3) 湿疹・アトピー性皮膚炎 4) じんましん 5) アレルギー性鼻炎 6) 食物アレルギー() 7) 薬物アレルギー() 8) その他()				9 Allergic Symptoms 1) None 2) Asthma 3) Eczema / Atopic Dermatitis 4) Urticaria 5) Allergic Rhinitis 6) Food Allergy () 7) Drug Allergy () 8) Others ()			
10 罹った事がある病気をOで囲んで下さい。 血液: 貧血 呼吸器: 喘息・肺炎・肋膜炎・肺結核 心臓: 高血圧・不整脈 心筋梗塞・狭心症 先天性心疾患 胃腸: 胃炎・胃潰瘍・肝炎 十二指腸潰瘍・膵炎 胆のう炎・胆石 泌尿器: 腎炎・ネフローゼ・尿路結石 内分泌: 糖尿病・甲状腺疾患 脳神経: てんかん・脳炎 関節: 関節炎・関節リウマチ 感染症: デング熱・マラリア・肝炎 手術: 虫垂炎・潰瘍・尿結石 その他() 事故: ()				10 Circle any sickness experienced before Blood: Anemia Respiratory: Asthma/Pneumonia/Pleuritis/TB Cardiac: Hypertension/Arrhythmia Myocardial Infarction/Angina Pectoris Congenital Heart Disease Gastrointestina Gastritis/Gastric Ulcer/Hepatitis Duodenal Ulcer/Pancreatitis Cholecystitis/Gallstone Urinary System Nephritis/Nephrosis/Urinary Stone Endocrine: Diabetes/Diseases of throid glands CNS: Epilepsy/Encephalitis Joints: Arthritis/Rheumatoid Arthritis Infectious Disease: Dengue Fever/Malaria/Hepatitis Operation: Appendicitis/Ulcer/Urinary Stone Others() Accident: ()			
11 現在治療中の病気がありますか？ 病名() いつから() 服用中の薬()				11 Are you currently under any medical treatment? Name of Disease() Since When() Name of Medicine()			
12 血縁の方に糖尿病・高血圧・ガン・心臓病の方がいますか？ 誰が? () 病気の名前 ()				12 Do any of your family members have Diabetes, Hight blood pressure, Cancer or Heart disease? who? () Name of the illness ()			

お手数ですが、印刷後に「はい・いいえ」いずれかに丸をつけてください

<p>13 最近3ヶ月の体の調子についてお答え下さい。</p> <p>1) 体の調子が悪い はい・いいえ</p> <p>2) よく風邪をひき直りづらい はい・いいえ</p> <p>3) のどがよく乾く はい・いいえ</p> <p>4) 咳や痰がでる はい・いいえ</p> <p>5) 痰に血がまじることがある はい・いいえ</p> <p>6) 階段を登るとひどく息切れや動機がする。 はい・いいえ</p> <p>7) 脈が乱れることがある はい・いいえ</p> <p>8) 足がむくむことがある はい・いいえ</p> <p>9) 胃の具合が悪い はい・いいえ</p> <p>10) 吐き気・嘔吐がある はい・いいえ</p> <p>11) おなかですくとみぞおちの部位が痛い はい・いいえ</p> <p>12) 食欲がない はい・いいえ</p> <p>13) よく下痢または便秘をする はい・いいえ</p> <p>14) 黒い便が出たり便に血が混じる はい・いいえ</p> <p>15) 尿が混濁している はい・いいえ</p> <p>16) 排尿時痛む はい・いいえ</p> <p>17) 排尿後気持ちが悪い はい・いいえ</p> <p>18) 血尿がでる はい・いいえ</p> <p>19) 頭がすっきりせず頭重感がある はい・いいえ</p> <p>20) 頭痛がする はい・いいえ</p> <p>21) 眩暈やたちくらみがある はい・いいえ</p> <p>22) よく眠れない はい・いいえ</p> <p>23) 食欲がなくなり体重が減った はい・いいえ</p> <p>24) 気分が沈みがちで憂鬱である はい・いいえ</p> <p>25) 前日の疲れがとれず朝からだるい はい・いいえ</p> <p>26) 考えがまとまらない はい・いいえ</p> <p>27) 視力の低下がある はい・いいえ</p> <p>28) かかりつけの医者がある はい・いいえ</p>	<p>13 Your health condition in the last 3 months.</p> <p>1)Have you been feeling ill? Yes / No</p> <p>2)Catch cold easily, and recover slowly. Yes / No</p> <p>3)Are you often thirsty? Yes / No</p> <p>4)Do you have cough or phlegm? Yes / No</p> <p>5)Do you have bloody phlegm? Yes / No</p> <p>6)Do you get short breath while climbing stairs? Yes / No</p> <p>7)Do you have irregular pulse-beat? Yes / No</p> <p>8)Do you feel your legs swollen? Yes / No</p> <p>9)Is your stomach in bad condition? Yes / No</p> <p>10)Have you been feeling nausea or vomiting? Y/ N</p> <p>11)Do you have epigastric pain when you get hungry? Yes / No</p> <p>12)Do you have loss of appetite? Yes / No</p> <p>13)Do you often have diarrhea or constipation? Y / N</p> <p>14)Does your stool sometimes become black or with blood? Yes / No</p> <p>15)Is your urine turbid? Yes / No</p> <p>16)Do you have pain during urination? Yes / No</p> <p>17)Uncomfortable after urination? Yes / No</p> <p>18)Have blood in the urine? Yes / No</p> <p>19)Do you have heaviness of the head? Yes / No</p> <p>20)Do you have any headache? Yes / No</p> <p>21)Do you feel dizzy when you stand up? Yes / No</p> <p>22)Difficulty in sleeping. Yes / No</p> <p>23)Loss of appetite, followed by weight loss. Y / N</p> <p>24)Do you feel depressed? Yes / No</p> <p>25)Tiredness remains and have fatigue from the morning. Yes / No</p> <p>26)Do you have distraction of mind? Yes / No</p> <p>27)Is your eye sight getting worse? Yes / No</p> <p>28)Do you have a family doctor? Yes / No</p>
<p>14 健康診断を</p> <p>a. 定期的に受けている()年に一度</p> <p>b. 時々受けている 最後に受けたのは 年 月</p> <p>c. 受けた事がない</p> <p>異常を指摘された事があれば記入下さい。 ()</p>	<p>14 How often do you take medical check up?</p> <p>a Regularly ()times a year</p> <p>b Occasionally Last medical check-up was(Date:)</p> <p>c Never</p> <p>Please indicate any abnormal findings in your past medical check ups. ()</p>
<p>15 予防接種について</p> <p>1) A型肝炎の予防接種を受けた事がある。はい・いいえ 「はい」の方:</p> <p>a. 合計何回受けましたか? 合計 回</p> <p>b. 最後に受けたのはいつですか? 年 月</p> <p>2) B型肝炎の予防接種を受けた事がある。はい・いいえ 「はい」の方:</p> <p>a. 合計何回受けましたか? 合計 回</p> <p>b. 最後に受けたのはいつですか? 年 月</p>	<p>15 Vaccination History</p> <p>1) Have you ever had Hepatitis A vaccination? Y / N If "Yes",</p> <p>a. How many times have you had vaccination? Times</p> <p>b. When is your last vaccination? Year Month</p> <p>2) Have you ever had Hepatitis B vaccination? Y / N If "Yes",</p> <p>a. How many times have you had vaccination? Times</p> <p>b. When is your last vaccination? Year Month</p>

<p>16 女性のみ回答して下さい。</p> <p>1) 前回の生理は 月 日から 日間</p> <p>2) 生理は規則的ですか? はい・いいえ</p> <p>3) 夫婦生活の時に出血する はい・いいえ</p> <p>4) 生理以外に時々出血する はい・いいえ</p> <p>5) おりものやかゆみなど自覚症状があればご記入 下さい。()</p> <p>6) 胸にしこりがある はい・いいえ</p>	<p>16 Questions only for female patients.</p> <p>1)When was your last menstruation? FROM TO</p> <p>2)Do you have regular menstruation? Yes / No</p> <p>3)Any post contact bleeding? Yes / No</p> <p>4)Any abnormal bleeding in between your period? Yes / No</p> <p>5)Any other abnormal symptoms? e.g. itchy, discharge etc..()</p> <p>6)Do you have cysts in your breasts? Yes / No</p>
--	--