

เลขที่ทะเบียน

1

1

ใบตรวจโรค ① ♦จำเป็นต้องกรอกทุกข้อ♦

คุณ

<ตัวอย่างการกรอก>

● 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

ข้าพเจ้าตกลงยินยอมในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลและวัตถุประสงค์ในการใช้ข้อมูล ฯลฯ ของคลินิกแห่งนี้ (จะไม่นำไปใช้ในวัตถุประสงค์อื่นนอกเหนือจากการตรวจสุขภาพ ฯลฯ)

ลงชื่อ

คุณตกลงยินยอมให้รายงานผลการตรวจสุขภาพไปยังบริษัทนายจ้าง และผู้รับทำประกันหรือไม่?

☐ ยินยอม

☐ ไม่ยินยอม

♦ โปรดเลือกเฉพาะผู้ที่ เป็นสตรี เท่านั้น

กำลังตั้งครรภ์
อยู่หรือไม่?

กำลังตั้งครรภ์ ☐

ไม่มี ☐

อาจจะ ☐

กำลังมีประจำเดือนอยู่
หรือไม่?

มี ☐

ไม่มี ☐

♦ อาการป่วยที่รู้สึกได้: หากปัจจุบันมีอาการที่รู้สึกเป็นกังวล โปรดเลือก

ไม่มี ☐

อาการแสบร้อนกลางอก ☐

ท้องร่วง ☐

ใจสั่น ☐

หน้ามืดตาลาย ☐

แน่นท้อง ☐

ท้องผูกอยู่บ่อยๆ ☐

หายใจติดขัด ☐

หุ้อ ☐

ปวดกระเพาะ ☐

ชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ ☐

มีอาการไอหรือมีเสมหะ ☐

รู้สึกเหมือนตัวลอย ☐

เบื่ออาหาร ☐

เจ็บหน้าอก ☐

ปวดศีรษะ ☐

อาการหลวมอย่างรุนแรง ☐

ปวดท้องน้อย ☐

ปวดข้อ ☐

ปวดเอว ☐

พูดไม่ออก ☐

ลงจากรเบนเลือด ลงจากรเบนสีดำ ☐

รู้สึกเครียด ☐

♦ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: ปัจจุบันมีการไปโรงพยาบาล (คลินิก) อยู่เป็นระยะหรือไม่? (โปรดอ้างอิงรหัสชื่อโรคตามเอกสารแนบ)

ไม่มี ☐

*จะมีการแสดงชื่อโรคที่กรอกไว้ลงในรายงาน *หากช่องไม่เพียงพอ จะกรอกลงบริเวณใดก็ได้

*หากมีชื่อโรคมมากกว่า 1 โรค โปรดกรอกลงในช่องชื่อโรค หรือไม่ก็ช่องอื่นก็ได้

ชื่อโรค (อาการ)	อยู่ระหว่างการรักษาโดยการไป โรงพยาบาลเป็นระยะ	อยู่ในช่วงการให้ยา	ชื่อโรค (อาการ)	อยู่ระหว่างการ รักษา	อยู่ในช่วง การให้ยา	โปรดเลือกกรอกรหัสชื่อโรค
ความดันสูง	☐	☐	โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต (เช่น โรคหัวใจ)	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
โรคเบาหวาน	☐	☐	โรคทางสมอง	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	☐	☐	โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร (เช่น กระเพาะ ตับ ถุงน้ำดี ตับอ่อน ลำไส้ใหญ่)	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
โรคเกาต์ หรือ ภาวะ กรดยูริกเกินในเลือด	☐	☐	โรคเลือด	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
โรคภูมิแพ้	☐	☐	โรคไต	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
โรคลมบ้าหมู	☐	☐	โรคเกี่ยวกับระบบปัสสาวะ (รวมถึงต่อมลูกหมาก)	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
ฟอกไต	☐	☐	โรคระบบทางเดินหายใจ	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
อาการหยุดหายใจขณะหลับ	☐	☐	โรคต่อมไทรอยด์	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
โรคไขข้ออักเสบ	☐	☐	โรคเกี่ยวกับตา	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
*หากไปโรงพยาบาลเป็นระยะด้วยโรคที่นอกเหนือจากที่กล่าวด้านบน โปรดกรอกชื่อโรค			โรคแผนกสูตินรีเวช	☐	☐	ชื่อโรค () 8 8 8
8 8 8						

♦ ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: เคยเป็นโรคที่มีอาการหนัก (รวมถึงการผ่าตัด) ในอดีตหรือไม่?

ไม่เคย ☐

ชื่อโรค

เคย (โปรดกรอกที่ช่องด้านขวา)

() 8 8 8

() 8 8 8

() 8 8 8

() 8 8 8

♦ ประวัติของบุคคลในครอบครัว: ในบรรดาญาติทางสายเลือดมีผู้ที่เป็นโรคตามด้านล่างนี้หรือไม่?

ไม่มี ☐

ชื่อโรค (อาการ)

ปู่ ย่า ตา ยาย

บิดามารดา

พี่น้อง

มะเร็ง

☐

☐

☐

ความดันสูง

☐

☐

☐

ไขมันในเลือดสูง

☐

☐

☐

ชื่อโรค (อาการ)

ปู่ ย่า ตา ยาย

บิดามารดา

พี่น้อง

โรคเบาหวาน

☐

☐

☐

15

ใบตรวจโรค ② ♦ จำเป็นต้องกรอกตามคำถามที่ระบุไว้♦

เลขที่ทะเบียน

♦โปรดตอบคำถามต่อไปนี้

ปัจจุบันคุณสูบบุหรี่เป็นประจำหรือไม่

ใช่

เคยบุหรี่ แต่ไม่ได้สูบลายใน 1 เดือนที่ผ่านมา

ประวัติการสูบบุหรี่ 88 ปี 88 มวน/วัน

ไม่ใช่

คุณดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์บ่อยแค่ไหน *“เลิกแล้ว” หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำเดือนละครั้งขึ้นไป แต่ไม่ได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาหรือมากกว่านั้น

ทุกวัน

5-6 วันต่อสัปดาห์

3-4 วันต่อสัปดาห์

สัปดาห์ละ 1-2 วัน

เดือนละ 1-3 วัน

ไม่ถึง 1 วันต่อเดือน

เลิกแล้ว

ไม่ดื่ม (ดื่มไม่ได้)

ปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดื่มต่อวันในวันที่ดื่ม

ปริมาณโดยประมาณของ 1 ถ้วย: เบียร์ (5%/500 มล.) ไวน์ (14%/180 มล.) ชูไฮ (7%/350 มล.)

ไม่ถึง 1 ถ้วย

อย่างน้อย 1 ถ้วย แต่ไม่ถึง 2 ถ้วย

อย่างน้อย 2 ถ้วย แต่ไม่ถึง 3 ถ้วย

อย่างน้อย 3 ถ้วย แต่ไม่ถึง 5 ถ้วย

5 ถ้วยขึ้นไป

เคยได้รับคำจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (เช่น เส้นเลือดในสมองแตก เนื้อเยื่อสมองตายเนื่องจากเลือดในสมองอุดตัน) หรือเคยได้รับการรักษามาก่อน

ใช่

ไม่

เคยได้รับคำจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจ (เช่น ภาวะปวดเค้นหัวใจ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากหลอดเลือดหัวใจอุดตัน) หรือเคยได้รับการรักษามาก่อน

ใช่

ไม่

เคยมีแพทย์แจ้งคุณว่าคุณเป็นโรคไตเรื้อรังหรือไตวายหรือไม่ หรือคุณกำลังรับการรักษา (เช่น การฟอกไตเทียม) อยู่หรือไม่?

ใช่

ไม่

เคยได้รับคำจากแพทย์ว่าเป็นโรคหืดหอบ

ใช่

ไม่

น้ำหนักเพิ่มขึ้นมากกว่า 10 กิโลกรัมจากช่วงอายุ 20 ปี

ใช่

ไม่

รับประทานอาหารภายใน 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอนไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ใช่

ไม่

ไม่รับประทานอาหารเช้าไม่ต่ำกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

ใช่

ไม่

เมื่อเทียบกับคนอื่นแล้ว มีความเร็วในการรับประทานอาหาร...

เร็ว

ธรรมดา

ช้า

มีการรับประทานอาหารว่างนอกจากอาหารหลัก 3 มื้อ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานหรือไม่?

ทุกวัน

บางครั้ง

ไม่ทำ

สภาพในตอนที่เคยรับประทานอาหารเช้า ไม่ว่าอะไรก็สามารถเคี้ยวแล้วรับประทานได้

มีบางครั้งที่เคยยาก

เคี้ยวไม่ได้

ออกกำลังกายที่ทำให้เหงื่อออกเล็กน้อยเป็นเวลอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์เป็นเวลานานกว่า 1 ปี

ใช่

ไม่

มีการเดินหรือการออกกำลังกายที่เทียบเท่าอย่างน้อยวันละ 1 ชั่วโมงในชีวิตประจำวัน

ใช่

ไม่

เดินเร็ว เมื่อเทียบกับคนที่มีอายุใกล้เคียงกันและเพศเดียวกัน

ใช่

ไม่

พักผ่อนด้วยการนอนหลับอย่างเพียงพอ

ใช่

ไม่

คิดที่จะปรับปรุงแก้ไขรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การออกกำลังกาย นิสัยในการรับประทานอาหาร บ้างหรือไม่? (ให้เลือกเพียงข้อเดียว)

ไม่คิดที่จะปรับปรุงแก้ไข

คิดว่า จะทำการปรับปรุงแก้ไข (ภายใน 6 เดือน)

คิดที่จะปรับปรุงแก้ไขในไม่ช้า (ภายใน 1 เดือน) และกำลังเริ่มที่จะนัด

ได้เริ่มและกำลังทำการปรับปรุงแก้ไขอยู่ (ไม่ถึง 6 เดือน)

ได้เริ่มและกำลังทำการปรับปรุงแก้ไขอยู่ (ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน)

คุณเคยได้รับคำแนะนำด้านการปรับปรุงนิสัยโดยผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการปรับปรุงนิสัยในการใช้ชีวิตของคุณหรือไม่

ใช่

ไม่

♦ มีประวัติการทำงานที่เกี่ยวข้องกับผงหรือฝุ่น

เช่น งานเกี่ยวกับการเชื่อม การขัด หรือบด

มี

ไม่มี

ข้อมูลพื้นฐาน		เปลี่ยนแปลงและแก้ไข	
ชื่อกลุ่มหรือองค์กร			
ชื่อสังกัด			
บัตรประกันสุขภาพ			
รหัสพนักงาน			
คาตากานะ			
ชื่อ-นามสกุล			
วันเดือนปีเกิด			
ที่อยู่			
โทรศัพท์			

ตารางรหัสชื่อโรคสำหรับใบตรวจโรค

*เพื่อให้สามารถพิจารณาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น โปรดใช้รหัสชื่อโรคด้านล่างนี้ในการกรอกใบตรวจโรค

ประเภท	หมายเลข	ชื่อโรค	ประเภท	หมายเลข	ชื่อโรค
โรคทางสมอง	11	เนื้อเยื่อสมองตายเนื่องจากเลือดในสมองอุดตัน	โรคระบบทางเดินหายใจ	606	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
	12	เส้นเลือดในสมองแตก หรือเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง		607	โรคหอบหืด
	13	เนื้องอกในสมอง		608	โรคมะเร็งปอด
	999	*อื่นๆ		999	*อื่นๆ
โรคเลือด	101	ภาวะโลหิตจาง	โรคเกี่ยวกับไตและระบบปัสสาวะ	701	ภาวะไตอักเสบ
	102	ภาวะเลือดข้นหรือเลือดหนืด		702	โรคไตรั่ว
	103	โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว		703	โรคมะเร็งไต
	999	*อื่นๆ		704	โรคไตเรื้อรัง
โรคเกี่ยวกับตา	201	โรคต้อหิน		705	โรคเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก
	202	โรคต้อกระจก		706	โรคมะเร็งต่อมลูกหมาก
	999	*อื่นๆ		707	โรคต่อมลูกหมากโต
โรคต่อมไทรอยด์	301	ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนสูง (โรคเกรฟส์)	โรคเกี่ยวกับตับและถุงน้ำดี และตับอ่อน	999	*อื่นๆ
	302	ภาวะไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ (โรคฮาชิโมโตะ)		751	โรคไวรัสตับอักเสบ
	303	คอพอก		752	โรคตับอักเสบ
	999	*อื่นๆ		753	โรคไขมันพอกตับ
โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิต	401	ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ		754	โรคมะเร็งตับ
	402	ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว		755	โรคหัวใจในถุงน้ำดี
	403	ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือด		756	โรคตับอ่อนอักเสบ
	404	ภาวะปวดเค้นหัวใจ		757	โรคมะเร็งตับอ่อน
	405	โรคลิ้นหัวใจ		999	*อื่นๆ
	406	โรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว	โรคแพนหตุและโรคไต	801	ภาวะเนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก
	407	โรคกล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวผิดปกติ		802	โรคเกี่ยวกับรังไข่
	408	เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ		803	โรคมะเร็งมดลูก
	999	*อื่นๆ		804	โรคมะเร็งเต้านม
				999	*อื่นๆ
โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร	501	เป็นแผลในกระเพาะ	โรคเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์	901	โรคซึมเศร้า
	502	โรคแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น		902	โรคนอนไม่หลับ
	503	โรคกรดไหลย้อน		903	โรคระบบประสาทอัตโนมัติเสียการทำงาน
	504	โรคกระเพาะอาหารอักเสบ		999	*โรคเกี่ยวกับสภาวะจิตใจอื่นๆ
	505	มะเร็งในกระเพาะอาหาร		920	ปวดเอว
	506	โรคโครห์น		921	โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท
	507	โรคลำไส้ใหญ่อักเสบชนิดเป็นแผล		999	*โรคทางศัลยศาสตร์ออร์โทพีดิกส์อื่นๆ
	508	โรคลำไส้แปรปรวน หรือโรคไอบีเอส		940	โรคสะกดจิตเงิน
	509	โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่		941	โรคผื่นภูมิแพ้ผิวหนัง
	999	*อื่นๆ		999	*โรคเกี่ยวกับผิวหนังอื่นๆ
โรคระบบทางเดินหายใจ	601	โรคปอดบวม		961	ปวดศีรษะ
	602	โรคหลอดลมโป่งพอง			
	603	โรคถุงลมปอดโป่งพอง		999	*โรคมะเร็งอื่นๆ
	604	วัณโรค		999	*อื่นๆ
	605	ภาวะโพรงเยื่อหุ้มปอดมีอากาศ			