

Page 1

個人情報の取得について同意されますか？ (Do you agree with our policy for collecting personal information?)

Yes

Page 2

◆妊娠中、生理中

妊娠中(疑い含む)

(Pregnant, including the possibility of pregnancy)

Yes / No

生理中

(In the menstruation)

Yes / No

◆主な仕事について (Occupation)

主な仕事について、該当するもの1つを選択してください。 (Please click one item below.)

1. Technologist / 2. Manager / 3. Office worker

4. Sales position / 5. Sales worker / 6. Farmer・Fisher

7. Miner / 8. Industry worker / 9. Civil engineering

10. Transportation・Communication / 11. Security position / 12. Service industry

13. Other

◆主な業務歴について(Work history)

これまでに、重量物の取扱いのある業務経験がありますか。 (Have you ever handled heavy objects in your work?)

Yes / No

これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか。 (Have you ever worked in an environment with lots of rocks, sand, dust?)

Yes / No

これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。 (Have you ever used a machine that vibrates at high speed in your work?)

Yes / No

これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。(Have you ever handled a hazardous substance in your work?)

Yes / No

これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。(Have you ever handled radiation in your work?)

Yes / No

現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。(What is your current work shift?)

Always on a day shift / Always on a night shift / On an alternative shift (Both day and night shift)

現在の職場での、直近1ヶ月間の1日あたりの平均的な労働時間はどのくらいですか(What are your average hours worked per day at your current workplace during the past month? Excluding lunchtime and break time and including overtime)

Less than 6 hours / 6 or more hours and less than 8 hours / 8 or more hours and less than 10 hours / 10 or more hours

現在の職場での、直近1ヶ月間の1週間あたりの平均的な労働日数はどのくらいですか。(What are your average days worked per week at your current workplace during the past month?)

Less than 3 days / 3 or more days and less than 5 days / 5 days / 6 or more days

Page 3

◆自覚症状について(Subjective symptoms)

最近1年以内の自覚症状について、該当するものを選択してください。(Please click an applicable thing about subjective symptoms within one year.)

1. Have a headache / 2. Dysphagia / 3. Sudden weight loss (more than 3~4kg/month)
4. Pain in a chest, the chest a tightened/5. Discomfort (or Pain) of the pit of the stomach
6. Sleepless, Depression, Strong feeling of anxiety / 7. Cough, Sputum
8. Diarrhea, Constipation / 9. Thirsty, Over volume of urinary output / 10. Bloody sputum
11. Hematochezia / 12. A pulse is fast (or irregular)
13. Other symptom which influence on daily life

上記以外に日常生活に影響を及ぼす症状があればお答えください。

※その他を選択された方のみ(If you click "13", please type other symptom which influence on daily life.)

◆既往歴・現病歴について

該当する疾患で、治療中・通院中の場合は「治療中」、過去の病気の場合は「既往」いずれか一つを選択してください。(When you continue to be under management for each disease, please select “治療中”. When you had any diseases in the past, please select “既往”.)

特になし(None)

1. Hypertension
2. Diabetes mellitus
3. Dyslipidemia
4. Hyperuricemia(gout)
11. Stroke
12. Myocardial infarction
13. Angina
14. Arrhythmia
15. Heart valve disease
16. Cardiomyopathy
17. Aortic aneurysm
19. Other heart disease
21. Glaucoma
31. Hearing impairment (Difficulty in hearing)
41. Lung cancer
42. Pulmonary tuberculosis
43. Pneumonia
44. Asthma
45. Sleep apnea syndrome
51. Reflux esophagitis
52. Esophageal cancer
53. Stomach cancer
54. Gastric ulcer
55. Stomach polyp
56. Duodenal ulcer
57. Colon cancer
58. Colon polyp
59. Ulcerative colitis
60. Crohn's disease
71. Liver cancer
72. Cirrhosis
73. Fatty liver
74. Chronic hepatitis B

- 75. Chronic hepatitis C
- 81. Gall stone
- 82. Gallbladder polyp
- 91. Pancreas cancer
- 101. Renal cancer
- 102. Nephritis
- 103. Urinary stone
- 104. Chronic renal failure
- 111. Thyroid disease
- 112. Articular rheumatism
- 121. Anemia
- 122. Malignant lymphoma
- 123. Leukemia
- 131. Prostate cancer
- 132. Prostate hypertrophy
- 141. Breast cancer
- 151. Uterine myoma
- 152. Cervical cancer
- 153. Uterine cancer
- 154. Ovarian cyst
- 999. Other large disease which is needed hospitalization or surgery

上記以外の疾患で既往歴があれば疾患名をお答えください。(If you select “999=既往”, please type other large disease which is needed hospitalization or surgery.)

上記以外の疾患で治療中があれば疾患名をお答え下さい。(If you select “999=治療中”, please type other large disease which is needed hospitalization or surgery.)

1:血圧を下げる薬を使用していますか。(Do you have any medicine for hypertension?)

Yes/No

2:インスリン注射または血糖を下げる薬を使用していますか。(Do you have any medicine for diabetes, including insulin injection?)

Yes/No

3:コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。(Do you have any medicine for hyperlipidemia, especially high level of serum LDL-cholesterol?)

Yes/No

Page 4

◆各質問にあてはまるものを選択してください。

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 had a stroke (cerebral hemorrhage, brain infraction, etc.) and received treatment?)

Yes/No

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 had a heart disease (angina pectoris, myocardial infarction, etc.) and received treatment?)

Yes/No

医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。(Have you ever been diagnosed as having chronic kidney disease or kidney failure and received treatment (dialysis therapy)?)

Yes/No

医師から、貧血といわれたことがありますか。(Have you ever been diagnosed as anemic?)

Yes/No

現在、たばこを習慣的に吸っていますか。

(※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。

(Do you smoke habitually? “A person smoking habitually ” is the person whom both fill condition 1 and condition 2.”)

条件1：最近1か月間吸っている

Conditions 1 :I have been smoking cigarettes for a month recently.

条件2：生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)

Conditions 2 :I have smoked cigarettes for more than 6 months so far or more than 100 cigarettes in total.

① はい（条件1と条件2を両方満たす）

Yes(Fulfill conditions both 1 and 2)

② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない（条件2のみ満たす）

I used to smoke cigarettes but not in the last month.

③ いいえ（①②以外）

No, I do not smoke cigarettes,(Both condition 1 and 2 are not applicable)

20 歳の中から体重が 10kg 以上増加していますか。(Have you gained more than 10kg compared to when you were at the age of 20?)

Yes/No

1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。(Do you exercise which the body sweats lightly for more than 30 minutes per day twice a week, more than a year?)

Yes/No

日常生活において歩行または同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施していますか。(Do you perform walking exercise or physical activity equivalent to it more than one hour a day?)

Yes/No

ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。(Do you walk faster than people with the same sex in your generation?)

Yes/No

食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。(What is the following condition when eating?)

I can bite anything. /Sometimes I can hardly bite, as I am concerned about teeth, gums, and bite. /I can hardly bite.

人と比較して食べる速度が速いですか。(Do you eat faster than people around you?)

Faster/Normal/Slower

就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。(Do you have an evening meal within 2 hours before going to bed more than three times a week?)

Yes/No

朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。(Do you take snacks and drinks other than three meals?)

Every day/Occasionally /I hardly take it.

朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか。(Do you skip breakfast more than three times a week?)

Yes/No

お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいです。（※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者）

(How often do you drink alcohol? “Quit drinking” is persons who have been habitual drinkers at least once a month in the past and who have not consumed alcoholic beverages in the last year.)

① 毎日

Every day

② 週5～6日

5-6 days per week

③ 週3～4日

3-4 days per week

④ 週1～2日

1-2 days per week

⑤ 月に1～3日

1-3 days per month

⑥ 月に1日未満

Less than 1 day per month

⑦ やめた

I have quit drinking alcohol.

⑧ 飲まない（飲めない）

I do not drink alcohol.

飲酒日の1日当たりの飲酒量

How much do you drink alcohol per day?

日本酒1合（アルコール度数15度・180ml）の目安：

1 unit=A glass of refined sake(ALC15%,180ml)

ビール（同5度・500ml）

Medium bottle of beer(ALC5%,500ml)

焼酎（同25度・約110ml）

Distilled spirits (Japanese shochu)(ALC25%,110ml)

ワイン（同14度・約180ml）

One and a half glasses of wine(ALC14%,180ml)

ウイスキー（同43度・60ml）

A glass[double] of whisky(ALC43%,60ml)

缶チューハイ（同5度・約500ml、同7度・約350ml）

Canned Shochu Highball(ALC5%,500ml or ALC7%,350ml)

- ① 1合未満
Less than 1 unit
- ② 1～2合未満
Less than 1-2 unit
- ③ 2～3合未満
Less than 2-3 unit
- ④ 3～5合未満
Less than 3-5 unit
- ⑤ 5合以上
More than 5 unit

睡眠で休養が十分とれていますか。(Do you get enough sleep to recover from activities?)
Yes/No

運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。(Would you like to make life style change including food habits and physical exercises?)

No / I am going to change it roughly within 6 months. /I am going to change it roughly within a month, or I have started little by little. /I started only within 6 months ago. /I already started more than 6 months ago.

生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。

Have you ever had the opportunity to get health guidance about life style modifications?
Yes/No

何か健康について相談したい事がありますか。(Do you have any health issue on which you need consultation?)

Yes/No

Page 5

◆喫煙について (smoking)

「吸っていたが禁煙した」「現在吸っている」にチェックを入れた方のみ 1日のタバコの本数についてお答えください。(If you click “I’m off cigarettes.” or “I’m a smoker.”, how many cigarettes do you smoke per day?)

「吸っていたが禁煙した」「現在吸っている」にチェックを入れた方のみ喫煙期間についてお答えください。(If you click “I’m off cigarettes.” or “I’m a smoker.”, how many years have you smoked?)

◆ピロリ菌の検査について (Helicobacter pylori)

①ピロリ菌の検査をしたことがありますか。(Have you had an exam for Helicobacter pylori?)

Yes (to Q②) / No

②ピロリ検査の結果はいかがでしたか。(How was the result?)

Positive (to Q③) / Negative / I forgot.

③除菌治療を受けられましたか。(Have you been treated for removing Helicobacter pylori?)

Yes (to Q④) / No / I forgot.

④除菌の結果はいかがでしたか。(How was the result?)

Success / Failure / I don't know.

胃レントゲンについて (Barium swallowing test)

以下の症状・病歴等に該当しますか。(Please click symptom or diseases below in the past)

I do not meet any items.

I have had allergy when I took barium. / I have constipation, or today is more than third day after I had last defecation. / I am undergoing artificial dialysis, I constructed an artificial anus.

I have had ileus in the past. / I have had gastric or duodenal ulcer operation in your abdomen. / I have management for ulcerative colitis or Crohn's disease.

Page 6

Webでの結果配信サービスをご希望されますか。(Would you like to receive your result on website? The language is only Japanese.)

Yes/No

メールアドレスをご入力ください。(Please type your own e-mail address if you'd like to receive your result on website.)