

PHIẾU CÂU HỎI

2024.4 ~

*Vui lòng tự điền vào

Họ và tên	Ngày tháng năm sinh	Ngày điền
-----------	---------------------	-----------

Vui lòng tích vào ô phù hợp với bạn.

• Nếu gần đây bạn có triệu chứng nào tương ứng với triệu chứng sau đây thì xin hãy ghi vào.

<input type="checkbox"/> Không cảm thấy thèm ăn	<input type="checkbox"/> Đau đầu, cảm giác nặng đầu	<input type="checkbox"/> Ớ nóng	<input type="checkbox"/> Căng cứng vai, đau lưng	<input type="checkbox"/> Tiểu rắt (mót tiểu liên tục)	<input type="checkbox"/> Phù nề
<input type="checkbox"/> Táo bón	<input type="checkbox"/> Mất ngủ	<input type="checkbox"/> Đau thắt ngực	<input type="checkbox"/> Tê bì chân tay	<input type="checkbox"/> Cảm giác tiểu không hết	
<input type="checkbox"/> Tiêu chảy	<input type="checkbox"/> Chóng mặt, choáng váng	<input type="checkbox"/> Đau bụng	<input type="checkbox"/> Cảm giác cực kỳ mệt mỏi, suy kiệt	<input type="checkbox"/> Bồn chồn, hay cáu gắt	
<input type="checkbox"/> Ho, có đờm	<input type="checkbox"/> Cổ họng khát	<input type="checkbox"/> Đánh trống ngực, khó thở (trong cuộc sống hàng ngày hoặc chỉ khi đi bộ)		<input type="checkbox"/> Rối loạn nhịp tim	<input type="checkbox"/> Không muốn làm gì, chán nản

• Hiện tại, bạn có đang điều trị, hoặc có bệnh gì đang phải theo dõi diễn biến không?
(Các bệnh không phải là bệnh huyết áp cao, tiểu đường, rối loạn mỡ máu)

• Trước đây bạn đã từng mắc các bệnh sau đây chưa?
(Tiền sử bệnh)

<input type="checkbox"/> Không có	<input type="checkbox"/> Huyết áp cao	<input type="checkbox"/> Bệnh tiểu đường	<input type="checkbox"/> Rối loạn mỡ máu (tăng lipid máu)	<input type="checkbox"/> Bệnh gan
<input type="checkbox"/> Có ()	<input type="checkbox"/> Bệnh lao	<input type="checkbox"/> Bệnh gút	<input type="checkbox"/> Bệnh khác ()	

No.	Nội dung câu hỏi	Các lựa chọn	Cột trả lời
1-3	Hiện tại, bạn có đang sử dụng thuốc từ mục a đến mục c không?		
1	a. Thuốc hạ huyết áp	① Có ② Không	
2	b. Thuốc hạ đường huyết hoặc tiêm insulin	① Có ② Không	
3	c. Thuốc làm giảm cholesterol hoặc chất béo trung tính	① Có ② Không	
4	Bạn đã từng được bác sĩ thông báo rằng bạn bị đột quỵ (xuất huyết não, nhồi máu não, v.v.) hoặc đã từng được điều trị đột quỵ chưa?	① Có ② Không	
5	Bạn đã từng được bác sĩ thông báo rằng bạn mắc bệnh tim (đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, v.v.) hoặc đã từng được điều trị bệnh tim chưa?	① Có ② Không	
6	Bạn đã từng được bác sĩ thông báo rằng bạn mắc bệnh thận mãn tính hoặc suy thận, hoặc đã từng được điều trị thận (ví dụ: chạy thận nhân tạo) chưa?	① Có ② Không	
7	Bạn đã từng được bác sĩ thông báo rằng bạn bị thiếu máu chưa?	① Có ② Không	
8	Hiện tại, bạn có đang hút thuốc lá thường xuyên không? (“Người hiện tại đang hút thuốc lá thường xuyên” là người thỏa mãn cả hai điều kiện sau: Điều kiện 1: Đã hút thuốc trong 1 tháng qua Điều kiện 2: Đã từng hút thuốc trong vòng 6 tháng trở lên, hoặc đã hút tổng cộng 100 điếu thuốc trở lên kể từ trước tới nay)	① Có (thỏa mãn cả hai điều kiện 1 và điều kiện 2) ② Trước đây đã từng hút thuốc, nhưng đã không hút thuốc trong 1 tháng vừa qua (chỉ đáp ứng điều kiện 2) ③ Không (không thuộc điều kiện ① và ②)	
9	Cân nặng bạn đã tăng 10kg trở lên so với lúc 20 tuổi.	① Có ② Không	
10	Bạn có đang tập thể dục nhẹ nhàng (cường độ đủ để đổ mồ hôi) ít nhất 30 phút mỗi lần trong ít nhất 2 ngày một tuần, và trong ít nhất một năm không?	① Có ② Không	
11	Bạn có đang đi bộ hoặc thực hiện hoạt động thể chất tương đương ít nhất 1 giờ mỗi ngày trong cuộc sống hàng ngày không?	① Có ② Không	
12	Bạn có đi bộ nhanh hơn những người khác ở cùng độ tuổi và cùng giới tính không?	① Có ② Không	
13	Bạn thấy mình đang ở trạng thái nào khi nhai thức ăn?	① Có thể nhai và ăn bất cứ thứ gì ② Có chỗ cảm thấy có vấn đề ở răng, nướu, khớp cắn, gặp khó khăn khi nhai tùy vào món ăn ③ Hầu như không nhai được	
14	So với người khác tốc độ ăn của bạn nhanh, bình thường, hay chậm?	① Nhanh ② Bình thường ③ Chậm	
15	Bạn có ăn tối trong vòng 2 giờ trước khi đi ngủ ít nhất 3 lần một tuần không?	① Có ② Không	
16	Bạn có hay ăn bữa ăn nhẹ hoặc uống đồ uống ngọt ngoài 3 bữa sáng, trưa và tối không?	① Hàng ngày ② thỉnh thoảng ③ Hầu như không	
17	Bạn có bỏ bữa sáng ít nhất 3 lần một tuần không?	① Có ② Không	
18	Tần suất uống rượu của bạn (rượu sake, rượu shochu, bia, rượu Tây, v.v.) như thế nào? (* “Đã bỏ rượu” là người trước đây đã thường xuyên uống rượu ít nhất 1 lần một tháng, nhưng không còn uống đồ uống có cồn trong ít nhất 1 năm qua)	① Hàng ngày ② 5-6 ngày một tuần ③ 3-4 ngày một tuần ④ 1-2 ngày một tuần ⑤ 1-3 ngày một tháng ⑥ Ít hơn 1 ngày một tháng ⑦ Đã bỏ rượu ⑧ Không uống rượu (không uống được)	
19	Lượng rượu uống vào trong 1 ngày vào ngày uống rượu của bạn? * Lấy đơn vị 1 cốc rượu sake (nồng độ cồn: 15%, 180ml) làm chuẩn: Bia (nồng độ cồn: 5%, 500ml), rượu shochu (nồng độ cồn: 25%, khoảng 110ml), rượu vang (nồng độ cồn: 14%, khoảng 180ml), rượu whiskey (nồng độ cồn: 43%, 60ml), rượu Chu-Hi lon (nồng độ cồn: 5%, khoảng 500ml, nồng độ cồn: 7%, khoảng 350ml)	① Ít hơn 1 cốc ② Từ 1 cốc đến ít hơn 2 cốc ③ Từ 2 cốc đến ít hơn 3 cốc ④ Từ 3 cốc đến ít hơn 5 cốc ⑤ 5 cốc trở lên	
20	Bạn có nghỉ ngơi đầy đủ thông qua giấc ngủ không?	① Có ② Không	
21	Bạn có dự định cải thiện thói quen sinh hoạt như tập thể dục và thói quen ăn uống không?	① Không có ý định cải thiện ② Có ý định cải thiện (đại khái trong vòng 6 tháng) ③ Có ý định cải thiện sớm (đại khái trong vòng 1 tháng), và sẽ bắt đầu từng chút một ④ Đang nỗ lực cải tiến rồi (ít hơn 6 tháng) ⑤ Đang nỗ lực cải tiến rồi (6 tháng trở lên)	
22	Về việc cải thiện thói quen sinh hoạt, bạn đã từng được hướng dẫn cách chăm sóc sức khỏe cụ thể nào đó chưa?	① Có ② Không	