

Solicitação Prévia para a Realização do Exame de Saúde

0 2 1

Caso não estiver bem no dia do exame, evite realizá-lo.

(Se estiver com sintomas contínuos de resfriado, temperatura corpórea acima de 37,5°C)

- Venha com vestuário fácil de despir e vestir (caso use meia-calça, meias de alta compressão ou *body suits*, vestido entre outras vestimentas que sejam difíceis de abrir na área do tórax ou que pressionem o ventre como cinta ou *corset*, etc, retire-os previamente).
- Esteja ciente de que algumas partes do corpo serão diretamente tocadas durante o exame de saúde.
- Comunique previamente se por algum motivo haja a impossibilidade de se submeter ao exame desacompanhado, ou que não consiga manter-se calmo durante a realização do mesmo.
- Contamos com a sua compreensão caso não possamos realizar o exame devido a algum dos motivos citados abaixo.
- No dia que antecede ao exame, evite o consumo de álcool e a prática excessiva de atividades físicas.

Para aqueles que realizarão o Exame de Saúde Periódico

Para o exame de sangue

- ① Caso seja solicitado o jejum, poderá tomar apenas líquidos (água ou chá) que não contenham açúcar. (Observe que sucos, leite, café com leite são bebidas que contêm açúcares). Caso for realizar também o exame de raios-x do estômago, limite-se a consumir menos de 200ml de água fria ou água quente inclusive de medicamentos até 2 horas antes do exame, e evite qualquer outra ingestão de alimentos ou bebidas. E, aqueles que tomam medicação pela manhã (como para hipertensão, diabetes, etc.) deverá consultar o seu médico responsável antes do exame.
- ② Aqueles que se encaixam nos itens abaixo, deverão se pronunciar antes da coleta de sangue.
 - Passou mal anteriormente durante a coleta de sangue
 - Demora para estancar um sangramento
 - Hipersensibilidade ao álcool de desinfecção
 - Anteriormente teve que refazer o exame de sangue após o resultado de "agregação plaquetária"
- ③ Após a coleta de sangue poderá apresentar sintomas como hematoma subcutâneo, dor, dormência, etc. Aqueles que já tiveram sintomas como este em outras ocasiões causando transtorno no trabalho diário e teve que passar por uma consulta médica, sugerimos que realize o exame de saúde em uma instituição hospitalar.
- ④ Atente-se a não segurar objetos pesados durante 1 hora após a coleta de sangue.

Para os seguintes exames abaixo

- ① Em caso do uso de lentes de contato, deverão trazer os óculos para poder realizar os exames de fundo e pressão intraocular. Ou, traga o recipiente das lentes de contato para retirá-las previamente.
- ② Se estiver durante o período menstrual, contamos com a sua compreensão caso o resultados dos exames de urina e de sedimento urunário não sejam obtidos corretamente.

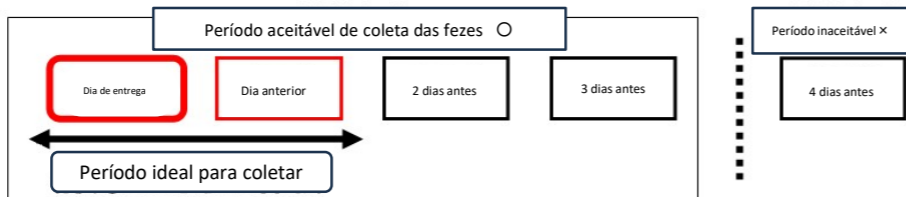
Para o exame de raio-x do tórax

- ① Gestantes e com possibilidade de gravidez não poderão se submeter ao exame de raio-X do tórax.
- ② Se estiver em tratamento de câncer pulmonar, ou em acompanhamento deverá consultar previamente o seu médico responsável.
- ③ Não será possível realizar o exame se por algum motivo apresente dificuldade em se manter na posição que for solicitada.

E, mesmo conseguindo se submeter ao exame há casos em que a avaliação técnica seja indeterminada. Portanto, se houver algo preocupante, consulte-se sem falta até a data do exame de saúde. E, se no dia do exame o técnico em radiologia médica julgar que será difícil realizar o exame, solicitaremos para que se abstenha de fazê-lo. Contamos com a sua compreensão.
- ④ O vestuário superior deverá ser de tecido fino, sem botões, nem logomarca de plástico, metal ou PVC. Retire sem falta colares, sutiã ou top com bojo ou semelhantes, adesivos analgésicos (tipo *Salonpas*), adesivos magnéticos (tipo *Elekiban*), emplastos, saquinhos térmicos de pó de ferro para aquecer (tipo *Kairo*), entre outros.
- ⑤ Aqueles que se encaixem nos itens abaixo deverão comunicar previamente.
 - 1) Por algum motivo, ter dificuldade em se manter na posição indicada pelo radiologista (cerca de 1min).
 - 2) Curvatura extrema na lombar.
 - 3) Dificuldade para subir/descer a escada do veículo de exame e que necessite do acompanhamento de cuidador.

Para o exame de câncer de colorretal (sangue oculto nas fezes)

- ① Se apresentar dor abdominal ou diarreia, ou outros sintomas gastrointestinais, sangramento de hemorróida, não poderá se submeter ao exame de câncer colorretal (sangue oculto nas fezes).(Consulte um hospital ou clínica)
- ② Se estiver em período menstrual, não poderá se submeter ao exame.
- ③ Se estiver fazendo tratamento/acompanhamento em alguma instituição médica de alguma doença do cólon ou do estômago, deverá consultar seu médico responsável previamente.
- ④ O resultado do exame será após avaliação da coleta das fezes de 2 dias. Portanto colete sem falta as fezes de 2 dias, pois se for entregue apenas de 1 dia, não será possível obter um resultado preciso.
- ⑤ Se utilizar o recipiente de coleta de fezes com a data de validade expirada, não será possível obter um resultado preciso, portanto utilize o que foi distribuído neste ano fiscal. (A data de expiração consta no recipiente) E, compreenda que não será possível realizar o exame ao utilizar o recipiente de outra instituição de saúde (colete as fezes utilizando o recipiente distribuído por este centro).
- ⑥ Mantenha o recipiente com as fezes coletas em local fresco e escuro (longe da luz solar, local fresco e com boa ventilação).
- ⑦ Atente-se aos seguintes cuidados para a coleta das fezes.
 - 1) É necessário coletar fezes de 2 dias, portanto colete em dias diferentes.
 - 2) Preencha sem falta o seu nome e a data das coletas tanto no recipiente como na embalagem.
 - 3) Colete as fezes do dia anterior e do dia do exame. Se tiver dificuldades em coletar destes 2 dias devido à constipação, pode ser as fezes coletadas de 2 dias entre 3 dias antes da entrega do recipiente e do dia do exame. (Fezes coletas de muitos dias antecedentes ao exame dificultam na obtenção de resultados precisos)
 - 4) Retire o adesivo de código de barras do recipiente de coleta de fezes e cole-o no local determinado no formulário de identificação de exame.



※Este formulário é específico de uso interno deste centro. É proibido o desvio do mesmo.

Formulário de Exame de Saúde (Ano fiscal 2026)

<input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 未 胸部X線 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 100px; height: 100px; margin: 5px auto;"> 略痰 肺 2R No </div>		受診日 受診番号 健診機関使用欄	
計測		事業所名等	
<input type="radio"/> 身長 <input type="radio"/> 体重 BMI <input type="radio"/> 腹囲	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 未	カナ 漢字 生年月日 大・昭・平 年 月 日 年齢 歳 性別 男性・女性	氏名 番号 コース
<input type="radio"/> 尿 蛋白 糖 潜血 ウロ PH その他 尿沈渣 尿比重	<input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 正 <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有	胃X線 便潜血 子宮頸部 乳X線 乳超音波 前立腺 肝炎 腹部 肺機能 情報機器 特殊 石綿 しん肺 聴音	事業所等 個人等
<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="radio"/> 未	最大 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 最小 <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> 又モ /	他覚所見 <input type="checkbox"/> 1.心雑音 (01) <input type="checkbox"/> 5.呼吸音異常 (10) <input type="checkbox"/> 2.不整脈 (02) <input type="checkbox"/> 6.その他 <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> 3.貧血 (04) <input type="checkbox"/> 4.甲状腺肥大 (14) (色覚検査(健常・異常疑い) 言語障害・運動障害)	判定 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度異常 <input type="checkbox"/> 要精密検査・治療
<input type="radio"/> 食後経過時間 <input type="checkbox"/> 未検査	時間 分 右 <input type="checkbox"/> 未検査 左 <input type="checkbox"/> 未検査	医師サイン 15分 胃検診の可否 可・不可 コメント	◆Sobre as questões específicas da saúde da mulher (somente para mulheres) ※ Opcional. Este questionário tem como objetivo ajudar no gerenciamento da sua saúde, e a resposta é opcional. Não é obrigatório que a instituição médica informe ao seu empregador, é destinado apenas para a própria paciente. Você tem enfrentado problemas no seu local de trabalho relacionados a dismenorrea, síndrome pré-menstrual, transtornos da menopausa ou outras questões? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="radio"/> 視力 <input type="radio"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 未検査	右 <input type="checkbox"/> 裸眼 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 裸眼 <input type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> 1000Hz 右 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 左 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 4000Hz 右 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 左 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 会話法 右 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 左 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 右 <input type="checkbox"/> 未検査 左 <input type="checkbox"/> 未検査	血液 ① [:] R L ② [:] ③ [:] <input type="checkbox"/> 済	【特定健診・詳細項目の実施理由】 貧血 診察(貧血) 111 既往歴(貧血) 112 心電図 血圧(140↑90↑) 121 自覚症状(脈の乱れ) 122 診察(不整脈) 123 眼底 血圧(140↑90↑) 131 血糖/A1c(126↑6.5↑) 132 前年度血糖(126↑6.5↑) 133 CRE 血圧(130↑85↑) 141 血糖/A1c(100↑5.6↑) 142 前年度結果 空腹時血糖 随時血糖(食後時間) 受診日 HbA1c
<input type="radio"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		血液検査 保健指導 <input type="checkbox"/> 保指 <input type="checkbox"/> 特保	
<input type="radio"/> 眼底 右 <input type="checkbox"/> 済 左 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		便潜血検査 バーコード貼付位置 (1日目 青ラベル)	
<input type="radio"/> 眼圧 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 未		便潜血検査 バーコード貼付位置 (2日目 赤ラベル)	
		尿検査	

血液検査

保健指導

便潜血検査
バーコード貼付位置
(1日目 青ラベル)

便潜血検査
バーコード貼付位置
(2日目 赤ラベル)

尿検査

