

健康診断個人票

国際交流基金アジアセンター”日本語パートナーズ”選考用

氏 名			生年月日	年 月 日	健 診 年 月 日	年 月 日		
			性 別	男 ・ 女	年 齢	歳		
業 務 歴	記載不要		血 圧(mmHg)					
既 往 歴			貧血検査	血 色 素 量 (g / d l)				
				赤 血 球 数 (万 / mm ³)				
			肝機能検査	G O T (I U / l)				
				G P T (I U / l)				
自 覚 症 状			血中脂質検査	LDLコレステロール (mg / dl)				
				HDLコレステロール (mg / dl)				
他 覚 症 状			血中尿酸検査	UA (mg / dl)				
				糖代謝検査	血 糖 検 査 (mg / dl)			
					HbA1C (%)			
身 長 (c m)				ABO式およびRh式血液型検査				
体 重 (k g)				尿 検 査	糖	— + ++ +++		
B M I					蛋 白	— + ++ +++		
腹 囲 (c m)				心 電 図 検 査				
視 力	右	()	心 電 図 検 査					
	左	()						
聴 力	右1000Hz	1所見なし 2所見あり	その他検査					
	4000Hz	1所見なし 2所見あり						
	左1000Hz	1所見なし 2所見あり						
	4000Hz	1所見なし 2所見あり						
胸部エックス線検査		直接 間接 年 月 日	医師の診断					
フ イ ル ム 番 号 No.			健康診断を実施した医療機関名 医師の氏名 ⑩					
			医師の意見		記載不要			
			意見を述べた医師の氏名 ⑩		記載不要			
備 考								

備考

1 B M I は、次の算式により算出すること。

$$BMI = \frac{\text{体 重 (kg)}}{\text{身 長 (m)}^2}$$

2 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。

3 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。

2017年6月作成