

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/dl)					
					赤血球数(万/mm ³)					
自覚症状			肝機能検査		G O T (IU/l)					
					G P T (IU/l)					
					γ-G T P (IU/l)					
他覚症状			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)					
					トリグリセライド(mg/dl)					
			血中尿酸検査		UA (mg/dl)					
					糖代謝検査		血糖検査(mg/dl)			
				HbA1C (%)						
身長(cm)			ABO式およびRh式血液型検査							
体重(kg)			尿検査		糖		-	+	++	+++
B M I					蛋白質		-	+	++	+++
腹囲(cm)			心電図検査							
視力	右	()	喀痰検査(胸部X線で所見がない場合は省略可)							
	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							
				医師の診断						
胸部エックス線検査	直接年	間接年月日			健康診断を実施した医療機関名					
				医師の氏名		⑥				
				医師の意見		記載不要				
フィルム番号	No.				意見を述べた医師の氏名		⑥		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。

$$B M I = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$$

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