

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)						
身長(cm)			血中尿酸検査	UA (mg/dl)						
				糖代謝検査	血糖検査(mg/dl)					
			HbA1C (%)							
体重(kg)			ABO式およびRh式血液型検査							
B M I			尿検査	糖			-	+	++	+++
腹囲(cm)				蛋白質			-	+	++	+++
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 年	間接 月	日	健康診断を実施した医療機関名						
				医師の氏名 (印)						
				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 (印)			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