

【健康診断個人票サンプルについて】

1. 健康診断個人票は第1次選考（書類）通過者のみご提出いただく書類です。
2. これは様式のサンプルです。第1次選考通過者は、選考通過時に送られてくる指定様式および案内にしたがい作成してください。
3. 健康診断にかかる費用は応募者の負担となります。

健康診断個人票

独立行政法人国際交流基金日本語パートナーズ事業部 日本語パートナーズ用

氏名	生年月日 (西暦)		年	月	日	健診年月日(西暦)	年	月	日					
	性別		男		・	女	年齢		歳					
既往歴			血圧(mmHg)				/							
			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				- + ++ +++					
腹囲(cm)			心電図検査											
視力	右	()	その他検査											
	左	()												
聴力	右1000Hz	1所見なし	2所見あり	医師の診断										
	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	健康診断を実施した医療機関名											
	年月日													
フィルム番号	No.		医師の氏名						Ⓔ					
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。