

これはサンプルです。指定様式とは内容が異なる場合がありますので、提出用としては使用しないでください。

健康診断個人票 (sample)

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		性別		男・女	
年齢(記入日現在)		生年月日(西暦)		年 月 日	
健診年月日(西暦) 年 月 日					
検 査 結 果					
自覚症状			貧血検査	Hb	g/dl
				RBC	10000/ μ l
他覚症状			肝機能検査	GOT	IU/L
				GPT	IU/L
				γ -GTP	IU/L
身体測定	身長	cm	脂質検査	HDL	mg/dl
	体重	kg		LDL	mg/dl
	腹囲	cm		TG	mg/dl
	血圧	mmHg			
ABO式及びRh式血液型検査			糖代謝検査	HbA1C	%
視力検査	右(矯正)	()		空腹時血糖	mg/dl
	左(矯正)	()	潜血		
聴力検査	右	1,000Hz	尿検査	蛋白	
		4,000Hz		糖	
	左	1,000Hz	心電図		
		4,000Hz	胸部レントゲン検査		直接/間接 年 月 日
			尿酸	mg/dl	
医師の診断					
健康診断を実施した医療機関名					
医師の名前 (自署または押印)			(印)		

備考

- 「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。
- 「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。

2023年6月作成