

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 / Health Record						
2024年度 日本語パートナーズ用 (サンプル)						
健診年月日 (西暦) Date of Exam		2024 / /		性別(Sex) M / F		
受診者名(Name)		生年月日 Date of birth		年 月 日 年齢 才 (Y) (M) (D) Age		
身体所見 Physical Findings		血液学 Hematology ※全項目必須 All fields must be completed.		Urine 尿検査		
身長 Height	cm	血液型 ABO type		蛋白 Protein	- ± + 2+	
体重 Weight	kg	血液型 Rh type Rh		糖 Glucose	- ± + 2+	
体格指数 BMI	[Wt(kg)/Ht(m) ²]	白血球 WBC		潜血 Blood	- ± + 2+	
		単位を選択 : 10 ³ /mm ³ または /μℓ				
血圧 Blood pressure	/ mmHg	赤血球 RBC	×10 ⁴ /mm ³	胸部レントゲン Chest X-Ray ※直接撮影で実施 Direct roentgenography		
腹囲 Abdominal circumference	cm	ヘモグロビン Hb	g/dl	正常 normal / 異常 abnormal		
視力 Visual Acuity		ヘマトクリット Ht	%	所見 Finding :		
	裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	血小板 Plt	異常時: 精査 要 / 不要		
			×10 ⁴ /mm ³			
右 Rt			生化学 Bio-Chemistry ※全項目必須 All fields must be completed.			
左 Lt			AST(GOT)			U/L
			ALT(GPT)			U/L
聴力 Hearing			γ-GTP	U/L		
	(1000Hz)	(4000Hz)	中性脂肪 Triglyceride	mg/dl	アトピー所見 Atopic dermatitis	
右 Rt	db	db	HDL	mg/dl		
左 Lt	db	db	LDL	mg/dl	無 Not found / 有 Found	
心電図 E.C.G			LDL	mg/dl		
正常 normal / 異常 abnormal			Creatinine	mg/dl	診察所見 Physical Findings Inspection/Auscultation/Palpation/Others	
所見 Finding :			eGFR	ml/min/ 1.73m ²		
異常時: 精査 要 / 不要			尿酸 Uric acid	mg/dl	無 Not found / 有 Found	
※異常や所見がある場合は心電図 (コピー可)を必ず添付してください。Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result.			空腹時血糖 FBS	mg/dl	所見 Finding :	
			HbA1c	%		
診察医判定(Diagnosis)						
上記のとおり診断します。 (This is to certify that above mentioned person has been diagnosed.)			医療機関名 (Name of Hospital)			
日付 Date (Y/M/D) 2024 / /			所在地 (Address)			
医師名 (自署または押印) Doctor's Name (Signature or Stamp)			電話 (Telephone)			