

※日本国内で健診を受けられた場合は、日本語で記入してください。

健康診断個人票 / Health Record

2026年度 日本語パートナーズ用

健診年月日 (西暦) / / 性別(Sex) M / F
Date of Exam

受診者名(Name) 生年月日 年 月 日 年齢 歳
Date of birth (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)		異常時: 精査 要 / 不要	
右 Rt					
左 Lt					
聴力 Hearing					
	(1000Hz)	(4000Hz)			
右 Rt	dB	dB	中性脂肪 Triglyceride	mg/dl	アトピー所見 Atopic dermatitis
左 Lt	dB	dB	HDL	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	
			HbA1c	%	所見 Finding :

診察医所見(Physician's Findings)

上記のとおり診断します。 (This is to certify that above mentioned person has been diagnosed.) 医療・健診機関名 (Name of Medical / Health Checkup Institution)

日付 Date (Y/M/D) 202 / / 所在地 (Address)

転記の場合: 医師名 (Doctor's Name)

Date (Y/M/D) 202 / / 電話 (Telephone)

(Date of Transcription)