

※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 | | 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 | | |
| | | γ-GTP | U/L | | |
| 聴力 Hearing | | 中性脂肪 Triglyceride | mg/dl | アトピー所見 Atopic dermatitis | |
| 右 Rt | dB | | | 無 Not found / 有 Found | |
| 左 Lt | dB | | | | |
| 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 | 無 Not found / 有 Found | |
| 異常時: 精査 要 / 不要 | | 尿酸 Uric acid | mg/dl | | |
| ※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)