※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

2025年度　日本語パートナーズ用

健診年月日（西暦） **Date of Exam**　2025 ／　／

性別(Sex)　M / F

受診者名(Name)

生年月日 **Date of birth**　年（Y）　月（M）　日（D）　**年齢** Age　才

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	×10^4/mm^3	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	
聴力 Hearing			**ALT**(GPT)	U/L	
	（1000Hz）	（4000Hz）	γ-GTP	U/L	
右 Rt		db	**中性脂肪** Triglyceride	mg/dl	**アトピー所見 Atopic dermatitis**
左 Lt		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	
			尿酸 Uric acid	mg/dl	無 Not found / 有 Found
異常時： 精査　要 / 不要			**空腹時血糖** FBS	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.			HbA1c	%	所見 Finding ：

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.）
日付
Date (Y/M/D)　2025 ／　／

転記の場合：
Date (Y/M/D)　2025 ／　／
(Date of Transcription)

医療・健診機関名 (Name of Medical / Health Checkup Institution)
所在地 (Address)
医師名
(Doctor's Name)
電話 (Telephone)