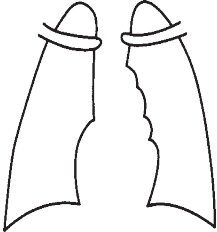


健康診断個人票 / Health Record																
2025年度 日本語パートナーズ用																
健診年月日 (西暦) Date of Exam					2025 / /					性別(Sex) M / F						
受診者名(Name)					生年月日 Date of birth		年 (Y)		月 (M)		日 (D)		年齢 (Age)		才	
身体所見 Physical Findings				血液学 Hematology ※全項目必須 All fields must be completed.				Urine 尿検査								
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 単位を選択 : 10 ³ /mm ³ または /μℓ				潜血 Blood - ± + 2+								
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		dB		中性脂肪 Triglyceride mg/dl				アトピー所見 Atopic dermatitis						
左 Rt		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 所見 Finding : 異常時: 精査 要 / 不要 ※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.				Creatinine mg/dl				診察所見 Physical Findings Inspection/Auscultation/Palpation/Others								
				eGFR ml/min/1.73m ²												
				尿酸 Uric acid mg/dl				無 Not found / 有 Found								
				空腹時血糖 FBS mg/dl												
				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 / / 所在地 (Address) 医師名 (Doctor's Name) 転記の場合: (Date of Transcription) 2025 / / 電話 (Telephone)																