


受験区分 (チェックしてください。)					
隊員区分	<input type="checkbox"/> 青年海外協力隊 <input type="checkbox"/> 海外協力隊 <input type="checkbox"/> シニア海外協力隊		<input type="checkbox"/> 日系社会青年海外協力隊 <input type="checkbox"/> 日系社会海外協力隊 <input type="checkbox"/> 日系社会シニア海外協力隊		
隊次	フリガナ	氏名		受験番号	
訓練場所 (○で囲む)	二本松 駒ヶ根 その他	派遣国	職種		

[医療機関記入欄] ※To be completed by medical professional.

Health Record (健康診断書)					
				Sex (性別) M / F	
Name (受診者名)		生年月日 Date of birth	年 (Y)	月 (M)	日 (D) 年齢 才 Age
Physical Findings 身体所見		Hematology 血液学 ※全項目必須		Urine 尿検査	
Height 身長	cm	WBC 白血球	/mm ³	Protein 蛋白	- ± + 2+
Weight 体重	kg	RBC 赤血球	×10 ⁴ /mm ³	Glucose 糖	- ± + 2+
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) ²]	Hb ヘモグロビン	g/dl	Blood 潜血	- ± + 2+
Blood pressure 血圧	/ mmHg	Ht ヘマトクリット	%	Chest X-Ray 胸部レントゲン ※Direct roentgenography 直接撮影で実施	
Abdominal circumference 腹囲	cm	Plt 血小板	×10 ⁴ /mm ³	normal 正常 / abnormal 異常	
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須		Finding 所見	
	裸眼(unaided)	矯正(corrected)	AST(GOT)	IU/l	異常時: 精査 要 / 不要
R 右			ALT(GPT)	IU/l	
L 左			γ-GTP	IU/l	
Hearing 聴力 ※数値必須		Triglyceride 中性脂肪		mg/dl	
	(1000Hz)	(4000Hz)	HDL	mg/dl	Physical Findings 診察所見 Inspection/Auscultation/Palpation/Others
Rt 右	db	db	LDL	mg/dl	
Lt 左	db	db	Creatinine	mg/dl	
E.C.G 心電図		eGFR		mL/min/1.73m ²	Atopic dermatitis アトピー所見
normal 正常 / abnormal 異常		Uric acid 尿酸		mg/dl	
Finding 所見:		FBS 空腹時血糖		mg/dl	
※Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result. 異常がある場合は心電図(コピー可)を必ず添付してください。		HbA1c		%	
Diagnosis 診察医判定					
(Comment コメント)					
※全員必須※			Name of Hospital (医療機関名)		
Date(Y/M/D) 20 / /			Address (所在地)		
(Date of Physical Exam/健康診断実施日)			Telephone (電話)		
転記の場合、以下も必須。			Doctor Name (医師名)		
Date(Y/M/D) 20 / /					
(Date of Transcription/ 転記日)					

Official use: JICA健康管理室記入欄

<input type="checkbox"/> 異常なし
<input type="checkbox"/> 異常所見はあるが経過観察で可
<input type="checkbox"/> 自己管理
<input type="checkbox"/> 生活習慣改善が必要
<input type="checkbox"/> 要治療継続
<input type="checkbox"/> 要定期報告
<input type="checkbox"/> その他

※受診される方へ
本用紙を医療機関へ持参してください。

＜医療機関 御担当者様＞

独立行政法人 国際協力機構
青年海外協力隊事務局

健康診断書作成についてのお願い

1. 未記入項目がないように記載をお願いします。
2. 検査結果の単位が記載と異なる場合は、単位をご記入ください。
3. 矯正の有無に関わらず、裸眼視力は必須です。眼鏡、コンタクトを使用の方は矯正視力も測定ください。裸眼視力が 0.1 未満で、正確な視力が測定できない場合は、「0.1 未満」と記入し、必ず空欄を埋めるようにしてください。
4. 聴力検査の結果は、デシベルで表記してください。
5. 心電図に異常や所見がある場合は、心電図結果（コピー可）を添付してください。
6. Diagnosis/診察医判定は必ずご記入ください。
7. 記入言語は日本語/英語どちらでもかまいません。
8. 健康診断実施日をご記入ください。

以上