

[本人記入欄] ※To be completed by the applicant.

受験区分 (どちらかに✓を記入してください)	氏名	受験番号
□青年 / □シニア	フリガナ	

ご本人の記入欄です

※全項目もれなく記入してください

Name (受診者名)		修正する場合は、 二重線を引いて、 押印してください (修正液/テープ使用不可)	生年月日 年 月 日 年齢 才	検査データの単位に注意。 特に白血球の単位違い が目立ちます。	月経日、月経直後を避 けて検査してください
Physical Findings 身体所見					
Height 身長	170 160 印	ABO type 血液型			± + 2-
Weight 体重	kg	Rh type Rh血液型			± + 2+
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) ²]	WBC 白血球	/mm ³		± + 2+
Blood pressure 血压	/ mmHg	RBC 赤血球	×10 ⁴ /mm ³		± + 2+
Abdominal circumference 腹囲	cm	Hb ヘモグロビン	g/dl		normal 正常 / abnormal 異常
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		Ht ヘマトクリット	%	異常の場合は 所見必須	Finding 所見: 右上葉陰影
裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	Plt 血小板	×10 ⁴ /mm ³		異常時: 精査 要 / 不要
R 右	0.1未満	Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須			異常の場合は 精査の要否必須
L 左	0.1未満	AST(GOT)	IU/l		
Hearing 聴力		ALT(GPT)	IU/l		
	(1000Hz)	(4000Hz)	γ-GTP	IU/l	
Rt 右	db	db	ALP	IU/l	Atopic dermatitis アトピー所見
Lt 左	db	db	TP 総蛋白	g/dl	Not found 無 / Found 有
E.C.G 心電図		Triglyceride	mg/dl		
normal 正常 / abnormal 異常		HDL	mg/dl		Physical Findings 診察所見
Finding 所見: 右脚ブロック		LDL	mg/dl		Inspection/Auscultation/Palpation/Others
異常や所見がある 場合は、 心電図を添付		Creatinine	mg/dl		
※Please attach the copy of 12-lead ECG in the case of abnormal result. 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。		eGFR	ml/min/ 1.73m ²		Not found 無 / Found 有
		Uric acid 尿酸	mg/dl		Finding 所見:
		FBS 空腹時血糖	mg/dl		異常の場合は 所見必須
		HbA1c	%		

Diagnosis 診察医判定
(Comment コメント)

上記のとおり診断します。
(This is to certify that above mentioned person has been diagnosed.)

Date (日付) 病院の所在地、電話、医師名が記載されているか、
必ずご確認ください。

Doctor (医師) Address (所在地) Telephone (電話)

[Official use: JICA 記入欄]

総合判定	(コメント)
	記入不要