

受験区分 (どちらかに✓を記入してください) <input type="checkbox"/> 青年 / <input type="checkbox"/> シニア	氏名	受験番号
	フリガナ	

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

Health Record (健康診断書)				
Name (受診者名)		Sex (性別) M / F	年 月 日 年齢 才	
		Date of birth	(Y) (M) (D) Age	
Physical Findings 身体所見		Hematology 血液学 ※全項目必須		
Height 身長	cm	ABO type 血液型	Protein 蛋白 - ± + 2+	
Weight 体重	kg	Rh type Rh血液型	Glucose 糖 - ± + 2+	
BMI 体格指数	[Wt(kg)/Ht(m) ²]	WBC 白血球	/mm ³	
Blood pressure 血压	/ mmHg	RBC 赤血球	×10 ⁴ /mm ³	
Abdominal circumference 腹囲	cm	Hb ヘモグロビン	g/dl	
Visual Acuity 視力 ※裸眼必須		Ht ヘマトクリット	%	
	裸眼(uncorrected)	矯正(corrected)	Plt 血小板	
			×10 ⁴ /mm ³	
R			Bio-Chemistry 生化学 ※全項目必須	
L			AST(GOT)	IU/l
Hearing 聴力			ALT(GPT)	IU/l
	(1000Hz)	(4000Hz)	γ-GTP	IU/l
Rt	db	db	ALP	IU/l
Lt	db	db	TP 総蛋白	g/dl
E.C.G 心電図			Triglyceride 中性脂肪	mg/dl
normal 正常 / abnormal 異常			HDL	mg/dl
Finding 所見:			LDL	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。			Creatinine	mg/dl
			eGFR	ml/min/ 1.73m ²
			Uric acid 尿酸	mg/dl
			FBS 空腹時血糖	mg/dl
			HbA1c	%
Physical Findings 診察所見				
Inspection/Auscultation/Palpation/Others				
Finding 所見:				
Not found 無 / Found 有				
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.)			Name of Hospital (医療機関名)	
Date (Y/M/D) 20 / /			Address (所在地)	
(日付)				
Doctor's Name (医師名)			Telephone (電話)	



Atopic dermatitis アトピー所見

Not found 無 / Found 有

[Official use: JICA 記入欄]

総合判定	(コメント)
------	--------