

HEALTH RECORD

帰国時健康診断書

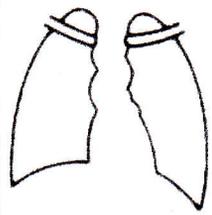
派遣国:

隊次:

隊員番号:

氏名/Name _____ 年齢/Age _____ 性別/Sex (男/M 女/F)

健康診断実施日: 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

診察所見 PHYSICAL FINDINGS			胸部レントゲン Chest X-Ray
身長 Ht	cm	聴診 Chest 腹部触診 Abdomen その他 Others	正常 Normal / 異常 Abnormal  所見 Findings:
体重 Wt	Kg		
腹囲 Abdominal circumference	cm		
BMI:	Kg/m ²		
血圧 Bp	/ mmHg		
視力 Vis	Rt () Lt ()		
聴力 Audiometry			
	1000Hz	4000Hz	心電図 ECG 正常 Normal / 異常 Abnormal 所見 Findings:
Rt	db	db	
Lt	db	db	

検査結果 LABORATORY TEST RESULTS

血液検査 BLOOD TEST				尿検査 URINE EXAMINATION	
白血球 WBC	/mm ³	中性脂肪 TG	mg/dL	糖 Glucose	()
赤血球 RBC	×10 ⁴ /mm ³	HDL コレステロール	mg/dL	蛋白 Protein	()
ヘモグロビン Hb	g/dL	LDL コレステロール	mg/dL	潜血 Occult Blood	()
ヘマトクリット Ht	%	AST (GOT)	IU/L	便検査 STOOL EXAMINATION (寄生虫 PARASITES/塗抹法 or 集卵法) (-)・(+) 所見 Findings:	
血小板 Plt	×10 ⁴ /mm ³	ALT (GPT)	IU/L		
空腹時血糖 FBS mg/dL HbA1c %		γ-GTP	IU/L		
		クレアチニン Cre	mg/dL		
		e-GFR	ml/min/1.73m ²		
		尿酸 UA	mg/dL		

診察医判定 REMARKS

国際協力機構 顧問医記入欄

- 異常なし
- 定期健康診断等で経過観察してください
- 生活習慣の改善が必要です
- 便検査の実施をお勧めします
- その他

医療機関名:

医師名:

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

印

医師名:

20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

印