Ver.2020.6 総合健康センター

健 康 診 断 書
Certificate of Health

<table>
<tr><td>氏名
Name</td><td></td><td>性別
Gender</td><td></td><td>生年月日
Date of birth</td><td>／ ／
YYYY/ MM /DD</td></tr>
<tr><td>住所
Present Address</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>既往歴
Medical History</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>身長
Height</td><td>cm</td><td rowspan="2">視力
Vision</td><td colspan="2">右
Right</td><td>（ ）</td></tr>
<tr><td>体重
Weight</td><td>kg</td><td colspan="2">左
Left</td><td>（ ）</td></tr>
<tr><td>BMI
Body Mass Index</td><td></td><td rowspan="4">聴力
Hearing</td><td colspan="2" rowspan="2">右
Right</td><td>1000Hz ☐所見なし Normal
☐所見あり Abnormal</td></tr>
<tr><td>血圧
Blood Pressure</td><td>/ mmHg</td><td>4000Hz ☐所見なし Normal
☐所見あり Abnormal</td></tr>
<tr><td>脈拍数
Pulse Rate</td><td>回/分
Beat/min</td><td colspan="2" rowspan="2">左
Left</td><td>1000Hz ☐所見なし Normal
☐所見あり Abnormal</td></tr>
<tr><td rowspan="2">胸部 X 線
検査
Chest X-ray</td><td>撮影日 Date YYYY/ MM /DD
／ ／</td><td>4000Hz ☐所見なし Normal
☐所見あり Abnormal</td></tr>
<tr><td>所見 Results
☐異常なし No abnormalities
☐異常あり Abnormal
（ ）</td><td rowspan="3">尿検査
Urine Test</td><td colspan="2">糖 Sugar
— ± 1＋ 2＋ 3＋</td></tr>
<tr><td rowspan="2">内科診察
Physical examination</td><td rowspan="2">☐異常なし No abnormalities
☐異常あり Abnormal
（ ）</td><td colspan="2">蛋白 Protein
— ± 1＋ 2＋ 3＋</td></tr>
<tr><td colspan="2">潜血 Occult blood
— ± 1＋ 2＋ 3＋</td></tr>
<tr><td>総合所見
Overall Health Condition</td><td colspan="5">☐異常なし No abnormalities ☐要観察 Observation ☐要精査 Detailed examination required
☐治療・通院中 Under treatment or being seen by a doctor
（ ）</td></tr>
</table>

年月日
Date of issue ／ ／
YYYY/MM/DD

医療機関名 Name of medical facility
所在地 Address and Postal-code
電話 Phone number
FAX 番号 Fax number

医師名 Doctor’s signature