

Certificate of Health Examination 健康診断票

Name 氏名		Date of examination 検診年月日	
Sex 性別	Male / Female	Date of Birth 誕生日	

Past illness 既往暦		Blood pressure 血圧			(mmHg)
Certain symptom 自覚症状		Urine 尿検査	Sugar urine 尿糖		
Objective symptom 他覚症状			Urine protein 尿蛋白		
Height 身長	cm	Anemia 貧血検査	Hemoglobin content 血色素量		(g/dl)
Weight 体重	kg		RBC count 赤血球数		(10,000/mm ³)
		Liver 肝機能検査	GOT		(IU/l)
Chest x-ray 胸部エックス線検査			GPT		(IU/l)
Electrocardiography 心電図検査			γ-GTP		(IU/l)
		Blood lipid 血中脂質検査	Total cholesterol 総コレステロール		(mg/dl)
血液検査 (CBC)			HDL-cholesterol HDL-コレステロール		(mg/dl)
HIV			Neutral fat 中性脂肪		(mg/dl)
赤血球数 (RBC)		Blood sugar test 血糖検査			(mg/dl)
ヘモグロビン濃度 (Hb)		Other exam その他の検査	Na		mEg/l
			K		mEg/l
			Cl		mEg/l
			Ht (ヘマトクリット)		%
			Blood disk (血小板)		/ul
Remarks 総合所見					
Name of facility 医療機関名及び所在地					
Name of physician 医師氏名					

Na (ナトリウム-sodium) K (カリウム-potassium) Cl (クロール- chloride) は必ず検査をお願いします。