Certificate of Health Examination for Kamol Hospital

ガモン病院健康診断票

・健康診断を受ける医療機関にこのフォーマットを提出して健康診断を受けると転載する手間が省けてお勧めですが、必ず医師の署名捺印をお願いして下さい。

・この用紙を使用せず受診した場合は検査結果をこの用紙にご自身で転記して下さい。頂いた検査票はタイ渡航時に忘れず持参して下さい。（わからないところは未記入で構いません。）

氏名 (ローマ字) Name		Date of examination 検診年月日	
Sex 性別	Male / Female	Date of Birth 誕生日	

※検査結果が正常な場合は Normal を○で囲んで下さい。検査結果が数値で出ているものは数値を記入して下さい。

Chest x-ray ※2 胸部エックス線検査	Normal	Blood pressure 血圧	(mmHg)
Electrocardiography ※3 心電図検査	Normal	Urine 尿検査	Sugar urine 尿糖 Urine protein 尿蛋白
50 歳以上の方のみの追加検査		Hemoglobin content ヘモグロビン濃度(Hb)	(g/dl)
心臓のエコー検査 Heart echocardiography		RBC count 赤血球数	(10,000/mm ³)
Exercise stress test (運動負荷テスト)		Anemia 貧血検査	GPT (IU/I) γ-GTP (IU/I)
子宮卵巣摘出手術の方のみ			
Ultrasound uteru 子宮エコー検査	Normal		
HIV ※4	Negative or Positive	Blood lipid 血中脂質検査	Total cholesterol 総コレステロール (mg/dl) Neutral fat 中性脂肪 (mg/dl)
HBs 抗原・抗体 HBs,Ag,Ab			
HCV 抗体検査		Blood sugar test 血糖検査	(mg/dl)
※HCV-RNA (HCV 抗体検査が陰性なら HCV-RNA 検査不要)			Na mEq/l K mEq/l Cl mEq/l Ht (ヘマトクリット) % Platelet (血小板) /ul
40 歳以上の方のみ下記の検査をして下さい。		Other exam ※1 その他の検査	
尿素窒素 (Blood urea nitrogen; BUN)	mg/dl		
クレアチニン (creatinine, Cr, CRE, CREA)	mg/dl		
Name of facility 医療機関名及び所在地			
Name of physician 医師氏名 (署名捺印)			

※1. 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。

※2. 胸部レントゲンのフィルムのコピーまたは画像が必要です。

※3. 波形記録紙 (心電図を測った時に記録した用紙) を頂いて下さい。

※4. 匿名での検査は無効です。Negative (陰性) Positive (陽性) どちらかを○で囲んで下さい。