

Certificate of Health Examination for Kamol Hospital

- ・渡航前検診を受ける医療機関にこのフォーマットを提出して渡航前検診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。
- ・一般的な健康診断でなく、全身麻酔による手術を受けるための渡航前検診ですので、受診先医療機関までお伝え下さい。
- ・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。)
- ・50歳以上の方のみ以下の検査を追加して下さい。必ず検査結果(エコー画像及び波形票)を貰って下さい。
- ・心臓のエコー検査 (Ultrasound examination of the heart) ・心臓の運動負荷テスト (Exercise stress test of the heart)

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

※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。

Past illness 既往歴		Blood pressure 血圧	
			(mmHg)
Height & Weight 身長と体重	cm kg	Urine 尿検査	Sugar urine 尿糖
Chest x-ray ※2 胸部エックス線検査	Normal / Abnormal		Urine protein 尿蛋白
Electrocardiography ※3 心電図検査	Normal / Abnormal	Anemia 貧血検査	Hemoglobin content ヘモグロビン濃度 (Hb)
HIV ※4	Negative / Positive		RBC count 赤血球数
梅毒 ※4	Negative / Positive		GPT
HBs 抗原・抗体 (HBs-Ag, HBs-Ab)			γ-GTP
HCV 抗体検査		Blood lipid 血中脂質検査	Total cholesterol 総コレステロール
※HCV-RNA (HCV 抗体検査が陰性なら HCV-RNA 検査不要)			Neutral fat 中性脂肪
40歳以上の方のみ下記の検査をして下さい。		Blood sugar test 血糖検査	(mg/dl)
尿素窒素 (Blood urea nitrogen; BUN)	mg/dl	Other exam ※1 その他の検査	Na mEq/l
クレアチニン (creatinine, Cr, CRE, CREA)	mg/dl		K mEq/l
			Cl mEq/l
			Ht (ハマトクリット) %
			Platelet (血小板) 10 ⁴ /ul
			D-Dimer (Dダイマー) μg/ml

以下は、上記結果を医師が記入した場合のみ必要です。

Name of facility 医療機関名及び所在地	
Name of physician 医師氏名 (署名捺印)	
Comment by physician 医師によるコメント	

【重要】※「胸部エックス線検査」、「心電図検査」および「その他の検査」の結果が1つでも正常値または Normal 以外の場合、該当項目についての医師の詳細な所見(コメント)または診断書(英文)を貰って下さい(必要ならば精密検査を受診すること)。

※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または画像(ディスク)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/自動解析結果付き)を頂いて下さい。

※4. 匿名での検査で結構です。Negative (陰性) Positive (陽性) どちらかを○で囲んで下さい。