参考様式第１－３号

ရည်ညွှန်းပုံစံအမှတ် ၁-၃

健康診断個人票

ကျန်းမာရေးဆေးစစ်ချက်ဇယား

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名  အမည် | |  | 生年月日  မွေးသက္ကရာဇ် | 年　月　日  နှစ် လ ရက် | | | | 検診年月日  ဆေးစစ်သည့်နေ့ရက် | 年　月　日  နှစ် လ ရက် | |
| 性　　別  လိင်  အမျိုးအစား | 男　・　女  ကျား . မ | | | | 年　　　齢  အသက် | 歳  နှစ် | |
| 業務歴  အလုပ်အတွေ့အကြုံ | |  | | 血　　　　　圧　　　　　　　　（mmHg）  သွေးဖိအား (mmHg) | | | | | |  |
| 貧血検査  သွေးအား  နည်းမှု  စစ်ဆေး  ခြင်း | 血 色 素 量 （g/dℓ）  ဟေမိုဂလိုဘင်ပမာဏ(g/dl) | | | | |  |
| 赤血球数（万/mm³）  သွေးနီဆဲလ်ပမာဏ (သောင်း/mm3) | | | | |  |
| 既往歴  ယခင်ကျန်းမာရေး  အခြေအနေ | |  | | 肝機能検査  အသည်း  ဆေးစစ်  ခြင်း | Ｇ　 Ｏ 　Ｔ　（IU/ℓ） | | | | |  |
| Ｇ　 Ｐ 　Ｔ　（IU/ℓ） | | | | |  |
| γ - Ｇ Ｔ Ｐ　（IU/ℓ） | | | | |  |
| 自覚症状  သတိထားမိသည့်  ရောဂါလက္ခဏာများ | |  | | 血中脂質検査  အသည်း  ဆေးစစ်  ခြင်း | LDLコレステロール（mg/dℓ）  LDL ကိုလက်စထရော  (mg/dl) | | | | |  |
| HDLコレステロール  （mg/dℓ）  HDL ကိုလက်စထရော  (mg/dl) | | | | |  |
| トリグリセライド(mg/dl)  Triglyceride(mg/dl) | | | | |
| 他覚症状  အခြားသူသတိထားမိသည့်  ရောဂါလက္ခဏာများ | |  | | 血 　糖 　検 　査　 　（mg/dℓ）  သွေးချိုစစ်ဆေးခြင်း(mg/dl) | | | | | |  |
| 尿検査  ဆီး  စစ်ဆေးခြင်း | | 糖  သကြားဓာတ် | | | |  |
| 白  ပရိုတင်းဓာတ် | | | |  |
| 身 長 (cm)  အရပ် (cm) | |  | |
| 体 重 (kg)  ကိုယ်အလေးချိန် (kg) | |  | | 心電図検査  စစ်ဆေးခြင်း | | |  | | | |
| その他の検査  အခြားစစ်ဆေးချက်များ | | |  | | | |
| ＢＭＩ | |  | | 医師の診断  ဆရာဝန်၏ဆုံးဖြတ်ချက် | | | | | | |
| 腹　　囲 (CM)  ဝမ်းဗိုက်အားတိုင်းထားခြင်း  (cm) | |  | |  | | | | | | |
| 視 力အမြင်အာရုံ | 右  ညာ | （　　　　） | |
| 左  ဘယ် | （　　　　） | |
| 聴 力အကြားအာရုံ | 右  ညာ  1,000Hz  4,000Hz | １ 所見なし　　２ 所見あり  １ 所見なし　　２ 所見あり  ၁ ထင်မြင်ချက်မရှိ ၂ ထင်မြင်ချက်ရှိ  ၁ ထင်မြင်ချက်မရှိ ၂ ထင်မြင်ချက်ရှိ | |
| 備　考  မှတ်ချက် | | | | | | |
| 左  ဘယ်  1,000Hz  4,000Hz | １ 所見なし　　２ 所見あり  １ 所見なし　　２ 所見あり  ၁ ထင်မြင်ချက်မရှိ ၂ ထင်မြင်ချက်ရှိ  ၁ ထင်မြင်ချက်မရှိ ၂ ထင်မြင်ချက်ရှိ | |  | | | | | | |
| 結核等  တီဘီ  ရောဂါ  စသည် | 胸部エックス線検査  ရင်ဘတ်  ဓာတ်မှန်  ရိုက်ခြင်း  フィルム番号  ဖလင်နံပါတ် | 直接　　　　　　間接  　　撮影　　　年　月　日  No.  所見：  တိုက်ရိုက် တဆင့်  ရိုက်ခြင်း နှစ် လ ရက်  No.  ထင်မြင်ချက် | |

(သတိ)

၁။ BMI သည် အောက်ပါတွက်ချက်နည်းဖြင့် တွက်ပါသည်။

BMI =ကိုယ်အလေးချိန်(kg)

　အရပ်(m)²

၂။ "အမြင်အာရုံ" အကွက်တွင် မျက်ကပ်မှန် သို့မဟုတ် မျက်မှန်တပ်မထားဘဲ စစ်ဆေးသည့်အခါတွင် ( ) ၏အပြင်တွင်ဖြည့်စွက်ပြီး မျက်ကပ်မှန် သို့မဟုတ် မျက်မှန်တပ်၍ စစ်ဆေးသည့်အခါတွင် ( ) ၏အတွင်းတွင် ဖြည့်စွက်ပေးပါ။

၃။ "ရင်ဘတ်အက်ထရာဆောင်းရိုက်ခြင်း" အကွက်တွင် မူမမှန်သည့်ထင်မြင်ချက်ရှိပါက ချွဲသလိပ်စစ်ဆေးပြီး Activeတီဘီရောဂါမ ဟုတ်ကြောင်းသတ်မှတ်မည်။

၄။ "ဆရာဝန်၏ဆုံးဖြတ်ချက်" အကွက်တွင် မူမမှန်မှုမရှိခြင်း၊အသေးစိတ်စစ်ဆေးရန်လိုအပ်ခြင်းနှင့် ဆေးကုသရန်လိုအပ်ခြင်းစသည့် ဆရာဝန်၏ ဆုံးဖြတ်ချက်တို့ကို ဖြည့်စွက်ပါမည်။

၅။ လက်ရှိကုသမှုခံယူနေဆဲရောဂါရှိသည့်အခါတွင် "ဆရာဝန်၏ဆုံးဖြတ်ချက်" အကွက်တွင် လက်ရှိရောဂါအားကုသခဲ့သည့် အချက် အလက်၊ ရောဂါအမည်စသည်တို့ကိုဆေးပညာအခေါ်အဝေါ်ဖြင့်ဖြည့်စွက်ပြီးရောဂါအခြေအနေကို ဖြည့်စွက်ရပါမည်။ ထို့အပြင် ဖြည့်စွက်သည့်အခါ သောက်သုံးရန်ညွှန်းထားသည့်ဆေးဝါးများအားလုံးအား မှတ်ချက်အကွက်တွင် ဖြည့်စွက်ရပါမည်။

ရှေ့တွင်ဖြည့်စွက်ထားသောသူသည် ဂျပန်နိုင်ငံတွင် ဘေးကင်းစွာ ဆက်လက်အလုပ်လုပ်ရန်နှင့်ပတ်သက်၍ အထက်ဖော် ပြပါကူးစက်ရောဂါများကူးစက်ထားခြင်းမရှိဘဲ ကျန်းမာရေးထိခိုက်ထားခြင်းမရှိပါ။

ပြုလုပ်သည့်ရက်စွဲ နှစ် လ ရက် (ဆရာဝန်) လက်မှတ်

参考様式第１－３号（別紙）

ရည်ညွှန်းပုံစံအမှတ် ၁-၃ ပူးတွဲပါစာရွက်စာတမ်း

受診者の申告書

ဆေးစစ်သူ၏လျှောက်လွာ

私は，通院歴，入院歴，手術歴，投薬歴の全てを医師に申告した上で，医師の診断を受けました。

ကျွန်တော်/ကျွန်မသည် ဆေးရုံပြဖူးခြင်း၊ ဆေးရုံတက်ဖူးခြင်း၊ ခွဲစိတ်ဖူးခြင်း၊ သောက်ခဲ့ဖူး သောဆေးအကြောင်းစသည့် အားလုံးသော အကြောင်း အရာတို့ကို ဆရာဝန်ထံ ထုတ်ဖော်ပြောဆို ပြီးမှသာ ဆေးကုသမှုကို ခံယူခဲ့ပါသည်။

作成年月日　　　　　年　　　月　　　日

ပြုလုပ်သည့်ရက်စွဲ နှစ် လ ရက်

申請人の署名

လျှောက်ထားသူ၏လက်မှတ်