

記入しないで下さい

健康診断書

HEALTH CERTIFICATE

氏名 Full Name					生年月日 Date of Birth		
現住所 Present Address					性別 Sex		
診断事項 Medical Items							
身長 Height	cm	体重 Weight	kg	血圧 Blood Pressure	/	血液型 Blood Type	
尿 Urine	蛋白 () ・ 糖 () ・ 潜血 () Proteinuria ・ Glucosuria ・ Occult Blood			視力 Eye Sight	左 () 右 () Left Right		
刺青 Tattoo	有 (場所) 無 Yes Physical place No						
エックス線 検査 X-ray Examination	エックス線像 X-Rays			身体障害 Physical Impediment	区分 Items	異常の有無 Indicate Abnormalities with (○) for "yes" (×) for "no"	
	(撮影年月日) Date of Examination				運動 Physical Exercise	(Yes)	(No)
					視覚 Sight	(Yes)	(No)
					聴覚 Hearing	(Yes)	(No)
					言語 Speech	(Yes)	(No)
					その他 Others	(Yes)	(No)
所見 Findings							
健康 ・ 要観察 ・ 要医療 Normal ・ Observation ・ Treatment			具体的内容 Remarks				
主な既往症と 罹患時の年齢 Medical History stating your age when diseases were contracted	肺結核 歳 Tuberculosis Age		腎疾患 歳 Kidney Disease Age		主な現在症 Present Status	入学後にも健康管理上 注意するものを記す。 Any disease need to be checked after entrance	
	気管支喘息 歳 Bronchial Asthma Age		アレルギー 歳 Allergies Age				
	心臓病 歳 Cardiac Disease Age		てんかん 歳 Epilepsy Age				
	胃疾患 歳 Stomach Disease Age		精神病 歳 Mental Diseases Age				
	マラリア 歳 Malaria Age		その他 歳 Any Other Diseases Age				
その他特記事 Any Other Remarks							
上記の通り相違ないことを証明します。 I hereby certify the above statements are true.							
診断日 Date of Examination	年 Year	月 Month	日 Day				
検査施設名および住所 Institution and Address				TEL			
医師氏名署名 Full Name and Signature of Doctor				印 Stamp			