

健康診断書

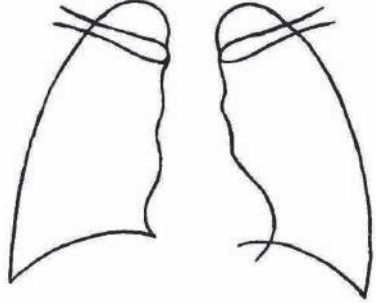
health certificate

すべて医師に記入してもらうこと (to be filled out by physician)

受験番号

(記入不要です)

受付コード

ふりがな 氏名 Name		男 male	☐	生年月日 Date of birth	年 月 日 Year Month Day
		女 female	☐	国籍 Nationality	
胸部X線検査 Chest X-ray	撮影年月日 Date of examination	年 月 日 Year Month Day			
所見 Findings 1. なし ☐ None 2. あり ☐ (詳細: Yes details) 判定 Interpretation ※必ずチェックをしてください 1. 異常なし ☐ Normal 2. 要観察 ☐ Observation recommended 3. 要医療 ☐ Medical attention recommended					
主な既往歴 Past medical history	1. 特筆すべきものなし ☐ None 2. あり ☐ Yes [病名: Disease]				
結核の既往歴 Past history of tuberculosis	1. なし ☐ None 2. あり ☐ Yes → 治療終了 ☐ (終了時期 年 月) Treatment completed [Date of treatment completion: (Year/Month)] 治療中 ☐ Under treatment				
現在治療中の病気 Disease treated at present	1. 特筆すべきものなし ☐ None 2. あり ☐ Yes [病名: Disease]				
その他の所見・特記事項 other					
志願者の既往歴・診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は学業を十分に続けられるものと思われますか? In view of the applicant's history and the above findings, Is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies? 「いいえ」の場合、詳細を記入してください If no, please specify [				はい Yes	☐
				いいえ No	☐
上記の通り診断します。 年 月 日 名称 (Office/Institution) Year Month Day 所在地 (Address) 電話 (tel.) 医師の署名 (Physician's Signature)					

学校法人 電子学園

日本電子専門学校