

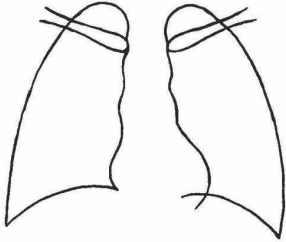
健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

医師に記入してもらうこと。(to be completed by the examining physician)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。(Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English)

受付コード 24 -

受験番号

ふりがな 氏名 Name	生年月日 Date of birth		年 月 日生 Year Month Day
	性別 Sex		男・女 Male・Female
主な既往歴 Past history	1. 特記すべきものなし 2. あり None Yes		
身長 Height	cm		胸部X線検査 X-ray examinations of the chest (within one year) 撮影 年 月 日 Date of X-ray Year Month Day  X-Ray File No. _____ 所見 Describe the condition of lungs. 1. なし Normal 2. あり Impaired
体重 Weight	kg		
視力 Eyesight	右 (.) 左 (.)	色盲 有・無	
聴力 Hearing	所見なし・所見あり Normal・Impaired		
血圧 Blood pressure	/ mmHg		
尿検査 Urinalysis	蛋白 protein	- ± + # #	
	糖 glucose	- ± + # #	
	潜血 occult blood	- ± + # #	
その他の所見 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? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
総合判定 Grading	1. 健康 (Normal) 2. 要観察 (Observation needed) 3. 要治療 (Requiring medical treatment)		
上記の通り診断します。 年 月 日 名称 Year Month Day (Office/Institution) 所在地 (Address) 電話 (tel.) 医師の署名 (Physician's Signature)			