

健康診断証明書  
Physical Examination Certificate

氏 名 \_\_\_\_\_  
Name in full

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 性 別 \_\_\_\_\_  
Date of Birth year month day Sex Male/Femail

現 住 所 \_\_\_\_\_  
Address

I 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
Height Weight  
視力 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_  
Eye sight (R) (L)  
矯正視力 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_  
With Glasses (R) (L)  
聴力 右 正常 ・ 異常 \_\_\_\_\_ 左 正常 ・ 異常 \_\_\_\_\_  
Hearing (R) normal / Abnormal (L) normal / Abnormal  
血压 最高 \_\_\_\_\_ mmHg 最低 \_\_\_\_\_ mmHg  
Blood Pressure Sys. Dia.  
検尿 タンパク ー 士 十 糖 ー 士 十 潜血 ー 士 十  
Urinalysis Protein Sugar Occult Blood

II X 線撮影 直接 ・ 間接 (撮影年月日) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
X-ray Direct Indirect

結果 result ☒

☐ 異常なし Normal

☐ 異常あり (X 線所見 Please comment on condition of applicant's lungs giving date of test.)

III その他の診断事項

Please describe in detail if you find any disease, including chronic ones, or physical handicaps.

既往症

Please indicate past illness if applicant had.

IV 所 見： この志願者の健康状態は下記の通りである。  
In my opinion the general state of the applicant's health is:

優 良 可 不可  
Excellent Good Fair Poor

医師名 Name of Physician \_\_\_\_\_

診断機関名 Name of Clinic \_\_\_\_\_

住所 Address \_\_\_\_\_

診断日 Date of Examination \_\_\_\_\_