

健康診断証明書
Physical Examination Certificate

氏名 _____
Name in full

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 _____ 男・女
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
血圧 最高 _____ mmHg 最低 _____ mmHg
Blood Pressure Sys. Dia.
検尿 タンパク - ± + 糖 - ± + 潜血 - ± +
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 _____