

健康診断書

HEALTH CERTIFICATE

氏名 _____ 男・女 _____ 生年月日 _____
Name _____ Male/Female _____ Date of birth _____
Date _____ Month _____ Year _____

現住所 Present Address _____

1. 身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ kg 胸囲 Chest girth _____ cm

視力 Eyesight (without glasses): 右 Right _____ 左 Left _____

矯正視力 Corrected eyesight: 右 Right _____ 左 Left _____

色覚 Color blindness: 正常 normal 異常 abnormal

聴力 Hearing: 右 Right • 正常 normal 異常 abnormal 左 Left • 正常 normal 異常 abnormal

2. X線撮影 X-ray examine: 間接 Indirect 直接 Direct

3. 既往症 History of past illnesses : _____

4. 入学後健康管理上注意すべきこと、その他:

Points regarding the applicant's health care that should be noted after admission into school, and other remarks.

所見 Findings

5. 診断の結果、健康状態は次の通りです。I diagnose the applicant's health and physical condition to be:

優 Excellent 良 Good 可 Fair 不可 Poor

上記通り相違ないことを証明いたします。I hereby certify that the above particulars are correct.

診断年月日 _____

Date of examination Date _____ Month _____ Year _____

検査施設名

Name of examination institution _____

住所

Address of examination institution _____

医師名

Name of doctor _____

署名・押印

Signature or seal _____

