健康診断書（医師が記入のこと）

CERTIFICATE OF HEALTH（to be filled out by physician）

氏 名 Name _____ □ 男 Male □ 女 Female 生 年 月 日 Date of birth _____ 年 月 日 国 籍 Nationality _____

現住所 Address _____

1. 身長(Height) cm, 体重(Weight) kg

視力(Eyesight) 左(Left) 右(Right)

聴力(Hearing) 左(Left) 右(Right)

□裸眼(without glasses) □矯正(with glasses or contact lenses)

2. 既往歴について、ある場合はチェック☑し、その罹患時の年齢を記入してください。
History of past illness：(if any, indicate it with the age of contraction.)

結 核 Tuberculosis	□_____歳(Age)	マラリア Malaria	□_____歳(Age)	リウマチ Rheumatic Disease	□_____歳(Age)
てんかん Epilepsy	□_____歳(Age)	腎疾患 Kidney Disease	□_____歳(Age)	心臓疾患 Cardiac diseases	□_____歳(Age)
糖尿病 Diabetes	□_____歳(Age)	アレルギー Allergy	□_____歳(Age)	その他の伝染病疾患 Other communicable diseases	□_____歳(Age)

3. 現在、病気があればチェック☑してください。
Present illness：(if any, indicate it.)

扁桃腺、鼻又は喉頭・・・・・・・・□ Tonsils, Nose or Throat

心臓又は血管・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□ Heart or Blood Vessels

胃又は消化器官・・・・・・・・・・・・□ Stomach of Digestive System

泌尿生殖器・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□ Genito-Urinary System

脳又は神経組織・・・・・・・・・・・・・□ Brain or Nervous System

血液又は内分泌器官・・・・・・・・・・・・・□ Blood or Endocrine System

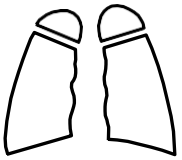
肺又は呼吸器官・・・・・・・・・・・・・□ Lungs, or Respiratory System

骨、関節又は運動器官・・・・・・・・・・・□ Bones, Joints or Locomotor System

その他内臓器官・・・・・・・・・・・・・□ Other Abdominal Organs

皮膚・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□ Skin

4. エックス線検査
Chest X-ray examination



健 康・・・□Normal

要観察・・・□to be rechecked

要医療・・・□Require medical treatment

撮影年月日 Date of examination

Year/ month/ date/

所 見

(Describe the findings of the Chest X-rays)

5. 診断の結果、本人の健康状況は以下の通りである。
I diagnose that the applicant's health and physical condition are：

優・・・・・・・・・□ Excellent　良・・・・・・・・・□ Good　可・・・・・・・・□ Fair　不可・・・・・・□ Poor

6. その他の特記事項
Any other remarks；

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

I hereby certify the above diagnosis.

署 名
Physician's signature

氏 名
Physician's name

住 所
Physician's address

診断年月日

Date：

杏 林 大 学