健 康 診 断 書
HEALTH CERTIFICATE
(to be completed by a physician)

氏　　名
Full Name: _____, _____, _____
Last (Family) First Middle

生年月日
Date of Birth: _____

現 住 所
Present Address: _____

出身学校
Last School Attended: _____

1）身　　長　　体　　重
Height : _____ cm　　Weight : _____ kg

視　　力　　矯正視力
Eye Sight : (R) _____ (L) _____　　With Glasses : (R) _____ (L) _____

血　　圧　　脈　　拍
Blood Pressure : _____　　Pulse Rate : _____

検　　尿　　タンパク　　糖
Urinalysis :　　Protein : _____　　Sugar : _____

聴　　覚
Hearing : _____

2）志願者の肺の状態を詳しく説明してください。（X線検査の結果も記入のこと）
Describe in detail the conditions of the applicant's lungs (and the result of chest X-ray examination, etc).

3）入学後にも検査を必要とするものを記入すること。
Describe any disease which will require checking after admission to the University.

4）その他
Any other remarks, if any.

5）私が診断いたしました結果、志願者の健康状態は_____であります。
In my opinion the general state of the applicant's health and physical condition is _____.

優　　良　　可　　不可
Excellent　　Good　　Fair　　Poor

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

診断日
Date of Examination: _____

検査施設名および住所
Institution and Address: _____

医師氏名署名　　印
Full Name and Signature: _____ Stamp

活水女子大学
Kwassui Women's University