

健康診断証明書

CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Name in Full		生年月日 Date of Birth	
現住所 Home Address		最終出身学校 Final School	
診 断 事 項 Medical Items			
身長 Height	cm	体重 Weight	kg
			*血液型 Blood type
ツベルクリン 反応最終判定	陽性 疑陽性 陰性 Positive Doubtful Negative	視力 Eye sight	左 () 右 ()
Latest Tuberculin Reaction	日付 年 月 日 Date of Examination(Y/M/D)	聴力 Hearing	左 () 右 ()
エ ッ ク ス 線 像 X-R A Y S			
所見 Special Comments, If Any		所見 Doctor's Statements	
主な既往症 Medical History		健康管理上の留意事項 (入学後) To be Checked After Enrollment	
<p>私が診断いたしました結果、健康状態は〔 優 良 可 不可 〕であります。 The general state of the applicant's health is [Excellent Good Fair Poor]</p>			
<p>上記の通り相違いないことを証明いたします。 I hereby certify the above statements to be true.</p>			
<ul style="list-style-type: none"> ・ 診断日 Date of Examination _____ ・ 検査施設名と住所 Institution & Address _____ ・ 医師氏名・署名 Full Name & Signature _____ 			
			印 Stamp