

# 健康診断書

## CERTIFICATE OF HEALTH

志願者氏名 Name of Applicant		Family			First		Middle	
生年月日 Date of Birth	年 (year)	月 (month)	日 (day)	年齢 Age	性別 Sex			
現住所 Present Address	〒				電話 Phone			

医師が記入してください。 To be filled in by physician.

身長 Height	cm		体重 Weight	kg	
視力 Vision	右 (R)	左 (L)	矯正視力 With Glasses	右 (R)	左 (L)
血圧 Blood Pressure	最高 Sys.	mmHg/		最低 Dia.	mmHg

現症及び病歴  
Physical Examination

眼疾 Vision			聴覚 Hearing		
言語 Speech			運動機能 Muscular System		
内臓疾患 Abdominal Organs			神経系 Nervous System		
既往症 History of Past Illness			ツベルクリン反応 Tuberculin Reaction	陽性(+, ++, +++)	陰性

X線検査の結果から、志願者の肺の状況について書いてください。  
Please comment on condition of applicant's lungs, using X-ray examination.

--

その他特記事項  
Please describe in detail if you find any disease including any chronic illness or physical handicaps.

--

私の診断した結果、志願者の健康状態は次のとおりである。  
The overall physical condition of the applicant is.

優 Excellent     
  良 Good     
  可 Fair     
  不可 Poor

医師名 Name of Physician				印
診療機関名 Name of the Clinic				
住所 Address	(〒 )		電話 Phone	
診療日 Date of Examination	年 year	月 month	日 day	