

# 健康診断書

## CERTIFICATE OF HEALTH

|                            |        |   |   |             |           |           |              |
|----------------------------|--------|---|---|-------------|-----------|-----------|--------------|
| 志願者氏名<br>Name of Applicant | Family |   |   | First       | Middle    |           |              |
| 生年月日<br>Date of Birth      | 19     | 年 | 月 | 日           | 年令<br>Age | 性別<br>Sex | 女性<br>Female |
| 現住所<br>Present Address     | 〒      |   |   | 電話<br>Phone |           |           |              |

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

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

現症及び病歴  
Physical Examination

|                                |  |                                 |                    |
|--------------------------------|--|---------------------------------|--------------------|
| 眼疾<br>Vision                   |  | 聴覚<br>Hearing                   |                    |
| 言語<br>Speech                   |  | 運動機能<br>Musclar System          |                    |
| 内臓疾患<br>Abdominal Organs       |  | 神経系<br>Nervous System           |                    |
| 既往症<br>History of Past Illness |  | ツベルクリン反応<br>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<br>Name of Physician    |           |            |             | 印 |
| 診療機関名<br>Name of the Clinic |           |            |             |   |
| 住所<br>Address               | (〒 )      |            | 電話<br>Phone |   |
| 診療日<br>Date of Examination  | 年<br>year | 月<br>month | 日<br>day    |   |