

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 月 日 (year) (month) (day)	年令 Age	性 別 Sex	女性 Female
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 Musclar 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 良 可 不可
☐ Excellent ☐ Good ☐ Fair ☐ 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