

健康診断証明書

国立又は公立の病院 CERTIFICATE OF HEALTH
must have been taken within 12 months before the date of submission

| | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------|--|
| 氏名 Name in full | | 生年月日 Date of Birth | |
| 診断事項 Medical Items | | | |
| 身長 Height | | 体重 Weight | 胸囲 Check |
| ツベルクリン 反応最終判定 Latest Tuberculin Reaction | 陽性 Positive | 疑陽性 doubtful | 陰性 Negative |
| | 検査日 Date of Examination | 年 月 日 | |
| | | 視力 Eye sight | 左 () Right () |
| | | 色神 Color Sense | 正常 Normal 色盲 Color Blind |
| エックス線像 x-Ray | | 身体障害 Physical Impediment | |
| 関節 Joint (No. of Photograph) | 正常 Normal | 異常 Abnormal | 区分 Items 異常の有無 Indicate with (0) for "yes" and (x) for "no" |
| | | | 視覚 Sight 左: Left 右: Right |
| | | | 聴覚 Hearing 左: Left 右: Right |
| | | | 言語 Speaking |
| 所見 Findings | | 運動 Physical Exercise | |
| | | 具体的内容 Remarks | |
| 主な既往症と発病時の年齢 (発病したことが有る場合に記入) Medical History and Age of Disease | | 精神障害 Mental disorder | |
| 肺結核 Tuberculosis | オ Age | 小児マヒ Infantile | オ Age |
| 気管支喘息 Bronchial Asthma | オ Age | てんかん Epilepsy | オ Age |
| 心臓病 Cardiac Disease | オ Age | 神経症 Nervous Disease | オ Age |
| 胃疾患 Stomach Disease | オ Age | 精神病 Mental Disease | オ Age |
| リウマチ Rheumatism | オ Age | その他 Others | オ Age |
| 入学後にも健康管理上注意するもの Any disease need to be checked after entrance | | | |
| 血液型 (A・B・AB・O) Blood type | | | |
| 私が診断しました結果、健康状態は _____ であります。 In my opinion the general state of the applicant's health is _____ . [Excellent ・ Good ・ Fair ・ Poor] | | | |
| 上記の通り相違ない事を証明いたします。 I hereby certify the above statements are true. | | | |
| 診断日 Date of Examination | _____ Year _____ Month _____ Day | | |
| 検査施設名および住所 Institution and Address | _____ | | |
| | | | 印 Stamp |
| Full Name and Signature of Doctor 医師氏名署名 | | | |