

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 正常 色弱 Color Sense Normal Incomplete 色盲 Color Blind			
エックス線像 x-Ray				身体障害 Physical Impediment					
関節 Joint 正常 Normal 異常 Abnormal (No. of Photograph)				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		才 Age	小児マヒ Infantile	才 Age	その他 Others				
気管支喘息 Bronchial Asthma		才 Age	てんかん Epilepsy	才 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				
心臓病 Cardiac Disease		才 Age	神経症 Nervous Disease	才 Age					
胃疾患 Stomach Disease		才 Age	精神病 Mental Disease	才 Age					
リウマチ Rheumatism		才 Age	その他 Others	才 Age	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									