

健康診断書

Health Certificate

Seikei University

氏名

Name in full : _____
Family First Middle

生年月日

性別 男 女

Date of Birth : _____

Sex : Male Female

現住所

Present Address : _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg Height _____ cm Weight _____ kg	既往症 及び 現症 <input type="checkbox"/> 無し (not particular)																															
視力 右 _____ 左 _____ 矯正 右 _____ 左 _____ Eye Sight (R) _____ (L) _____ With Glasses (R) _____ (L) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%;">Medical history</th> <th style="width: 20%;">Present illness</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>結核性疾患 Tuberculosis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>心疾患 Heart Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>気管支喘息 Asthma</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 Allergic Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>腎疾患 Renal Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リュウマチ Rheumatic Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>てんかん Epilepsy</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>精神神経疾患 Mental Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他 Others</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Medical history	Present illness	結核性疾患 Tuberculosis			心疾患 Heart Disease			気管支喘息 Asthma			アレルギー疾患 Allergic Disease			腎疾患 Renal Disease			リュウマチ Rheumatic Disease			てんかん Epilepsy			精神神経疾患 Mental Disease			その他 Others			
	Medical history	Present illness																														
結核性疾患 Tuberculosis																																
心疾患 Heart Disease																																
気管支喘息 Asthma																																
アレルギー疾患 Allergic Disease																																
腎疾患 Renal Disease																																
リュウマチ Rheumatic Disease																																
てんかん Epilepsy																																
精神神経疾患 Mental Disease																																
その他 Others																																
聴覚 右 _____ 正常 _____ 異常 _____ Hearing (R) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal 左 _____ 正常 _____ 異常 _____ (L) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal																																
血圧 _____ / _____ Blood Pressure _____ / _____																																
検尿 蛋白 _____ 糖 _____ 潜血 _____ Urinalysis Protein () Glucose () Occult Blood ()																																
胸部エックス線検査 Chest X-ray Examination 撮影年月日 _____ Date of Exam. _____ 所見 _____ 正常 _____ 異常 _____ Finding <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ()																																
備考 Remarks																																

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。

In my opinion the applicant's physical condition is as stated above.

医療機関名

Name of Medical Institution : _____

日付

所在地

Date : _____ Address : _____

医師名

署名

Name of Doctor : _____ Signature : _____