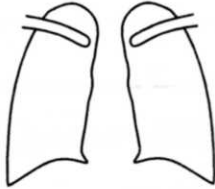


健康診断証明書 CERTIFICATE OF HEALTH

※A10・※A11

注意：健康診断はX線検査を含め、12ヶ月以内のものに限る。

Note: The Physical examination including (HEST X-RAY EXAMINATION)
must have been taken within 12 months of the date of submission.)

氏 名 Full Name		生年月日 Date of Birth	
診 断 事 項 Medical Items			
身長 Height	cm	体重 Weight	kg
胸 囲 Chest Measurement		cm	
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
	年 月 日 Date of Examination		
視 力 Eye Sight		左 右 Left Right	
色 神 Color Sense		正常 () Normal 色盲 Color Blindness	
色弱 () Incomplete Color Blindness			
エックス線像 X - Rays		身 体 障 害 Physical Impediment	
間 接 Mediatework (No. of Photograph)	正 常 Normal	異 常 Abnormal	
		区 分 Items	異常の有無 Indicate with (○) for "Yes" And (×) for "No"
		運 動 Physical Exercise	(Yes) (No)
		視 覚 Sight	(Yes) (No)
		聴 覚 Hearing	(Yes) (No)
		言 語 Speaking	(Yes) (No)
そ の 他 Others		(Yes) (No)	
所 見 Findings		具体的内容 Remarks	
主な既往症と罹患時の年齢 Medical History and Age of Disease		精神障害 Mental Disorder	
肺 結 核 Tuberculosis	才 Age	小 児 マ ヒ Infantile Paralysis	才 Age
気 管 支 喘 息 Bronchial Asthma	才 Age	て ん か ん Epilepsy	才 Age
心 臓 病 Cardiac Diseases	才 Age	神 経 症 Nervous Diseases	才 Age
胃 疾 患 Stomach Diseases	才 Age	精 神 病 Mental Diseases	才 Age
リウマチ Rheumatic Fever	才 Age	そ の 他 Any other Diseases	才 Age
		入学後にも健康管理上注意するものを記せ。 Any disease need to be checked after entrance	
		血液型 (A・B・AB・O) Blood type (A・B・AB・O)	
<p>私が診断いたしました結果、健康状態は であります。</p> <p>In my opinion the general state of the applicant's health is</p> <p>優 良 可 不可 Excellent Good Fair Poor</p> <p>上記の通り相違ないことを証明いたします。 I hereby certify the above statement to be true.</p> <p>診断日 Date of Examination _____</p> <p>検査施設名および住所 Institution and Address _____</p> <p>医師氏名署名 Full Name and Signature of doctor _____</p>			
			印 Stamp