

健康診断書

Health/ Medical Certificate

英語ブロック体 Print in block letters			性別 Sex	男・女 Male Female
氏名 Name in full			国籍 Nationality	
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day	年齢 Age
現住所 Present Address	〒 _____			
身長 Height	_____ cm		体重 Weight	_____ kg
視力 Eyesight	右 (R)	裸眼 () Without glasses	矯正 () With glasses	
	左 (L)	裸眼 () Without glasses	矯正 () With glasses	
聴力 Hearing	右 (R)		左 (L)	
	直接 Direct		間接 Indirect	X線所見 Please comment on applicant's condition (specify date of examination and diagnosis)
X線撮影 X-Ray	Film No. Date			
検尿 Urinalysis	蛋白 Protein	糖 Glucose	潜血 Occult blood	
既往症	Please comment on the applicant's history of illnesses.			
その他の診断事項	Please indicate in detail if you find any disease, including chronic illnesses, or physical handicaps.			

健康診断の結果は、上記の通りであることを証明します。

I certify that the above is a true and correct report of the examination results.

日付 _____年____月____日
Date _____ year _____ month _____ day

所在地 : _____
Address

施設名 : _____
Institution

医師名 : _____ 印
Doctor's Signature

診断日 : _____年____月____日
Date of Examination _____ year _____ month _____ day