

健康診断証明書

HEALTH CERTIFICATE

フリガナ 氏名 Name in full		生年月日 Date of birth	年 月 日 Year Month Day
現住所 Current Address		最終出身校 Last School Attended	

診断事項 Medical Items

身長 Height	. cm	体重 Weight	. kg	胸囲 Chest Attended	. cm		
尿 Urine	蛋白()・糖()・ウロビリノーゲン() Proteinuria / Glucosuria / Urobilinogen		血圧 Blood Pressure				
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	視力 Eye Sight	左() Left	右() Right	
	Date of Examination			色神 Color Sense	正常() Normal	色弱() Incomplete Color Blindness	
既往症 Past History	肺結核 Tuberculosis	歳 :Age	小児マヒ Poliomyelitis	身体障害 Physical Impediment	区分 Items	正常・異常 (Check one)	
	気管支喘息 Bronchial Asthma	歳 :Age	てんかん Epilepsy		運動 Physical	Normal	Deficient
	心臓病 Cardiac Diseases	歳 :Age	神経症 Nervous Diseases		視覚 Sight	Normal	Deficient
	胃腸疾患 Gastrointestinal Disease	歳 :Age	精神病 Mental Diseases		聴覚 Hearing	Normal	Deficient
リウマチ Rheumatic Disease	歳 :Age	その他 Any other Diseases	言語 Speech		Normal	Deficient	
Medical History			その他 Others		Normal	Deficient	
			具体的内容 Present Condition				

主な現在症 Present Condition	入学後にも健康管理上注意するものを記せ。 Please specify any ailment to be checked after entrance.
----------------------------	--

その他特記 Any Other Remarks	
----------------------------	--

上記の通り相違ないことを証明いたします

I hereby certify the above statements are true.

診断日

Date of Examination

検査施設名および住所

Institution and Address

医師氏名署名

Doctor's full name and signature

印

Seal