

# 健康診断書

## Physical Examination 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	c m		体 重 Weight	k g
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)	
X 線 撮 影 X-Ray	直接 Direct	間接 Indirect	X 線 所 見 Please comment on applicants' condition (specify date of examination and diagnosis)	
	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 Signature				
診断日 : _____年____月____日 Date of Examination _____ year _____ month _____ day				