

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 月 日 Year Month 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 applicant's 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
Doctor's Signature

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