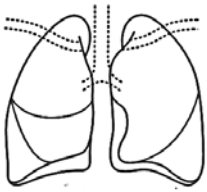


健康診断書

Certificate of Health

日本語または英語により記載すること Please fill out this form in Japanese or English.

氏名 Name		性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of birth	/ / YYYY / MM / DD
身長 Height	. cm		視力 Vision	右 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Right None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.	
体重 Weight	. kg			左 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Left None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.	
尿検査 Urine Test	糖 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Sugar	聴力 Hearing	右 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Right None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.		
	蛋白 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Protein		左 <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 有() Left None or will not adversely affect studies. If yes, please comment.		
潜血 (-, ±, 1+, 2+, 3+,) Occult blood					
血圧 Blood Pressure	/ mmHg				
結核検査 Tuberculosis testing	胸部 X 線検査 Chest X-ray	撮影日 Date	/ / YYYY / MM / DD	フィルム番号 Film No.	
		撮影方法 Method	<input type="checkbox"/> 間接 Indirect <input type="checkbox"/> 直接 Direct <input type="checkbox"/> その他() Other		
		所見 Results	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常() Abnormal		
					
身体所見 Physical status	<input type="checkbox"/> 支障なし None or will not adversely affect studies.		<input type="checkbox"/> 有() If yes, please comment.		
精神所見 Mental Health Problem & Drug addictions	<input type="checkbox"/> 支障なし None or will not adversely affect studies.		<input type="checkbox"/> 有() If yes, please comment.		
総合所見 Overall Health Condition	<input type="checkbox"/> 良 Good		<input type="checkbox"/> 可 Fair		<input type="checkbox"/> 不可() Poor

年月日
Date of issue

/ /
YYYY/MM/DD

医療機関名 Name of medical facility _____

所在地 Address and Postal-code _____

電話 Phone number _____

FAX 番号 Fax number _____

医師名 Doctor's signature _____