健康診断書(医師が記入のこと) CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

氏名	1	□男 Male	生年月日	国籍
Nam		_□女 Female	Date of birth:	Nationality:
現住				
Add	ress:			
1.	身長(Height) cm, 視力(Eyesight) 裸眼(Without glasses) 左(Left) 右(Right)	体重(Weight) 矯正(With glass /	ses) 左(I 右(F	Right)
	血液型(Blood type)		応(Tuberculin reacti	
	, RH	陰性(Negative)	······□ 陽性(Pos	sitive)·····□ 不明·未受診·····□
2.	既往症について、ある場合はチェ History of past illness(if any, indicat 結核 □ 歳(Age) Tuberculosis てんかん □ 歳(Age) Epilepsy 糖尿病 □ 歳(Age) Diabetes	e it with your age マラリア Malaria	of contraction) □歳(Age) □歳(Age)	「アマチ」 □歳(Age) Rheumatic fever 心臓疾患 □歳(Age) Cardiac diseases その他の伝染病疾患 □歳(Age) Other communicable diseases
3.	現在、病気があればチェックして Present condition(if any, indicate it 扁桃腺、鼻又は咽喉・・・・・□ Tonsils, Nose or Throat 胃又は消化器官・・・・・□ Stomach or Digestive System 脳又は神経組織・・・・□ Brain or Nervous System 肺又は呼吸器官・・・・□ Lungs or Respiratory System その他内臓器官・・・・□ Other Abdominal Organs	ください。) 心臓又は血管 Heart or Blood 泌尿生殖器官 Genito-Urinary 血液又は内分 Bllod or Endocr 骨、関節又は Bones, Joints or L	System 泌器官 ·····□ ine System 軍動器官·····□	4. エックス線検査 Chest X-ray examination 健康・・・□ Normal 要観察・・・□ to be rechecked 要医療・・・□ Require medical treatment 撮影年月日 Date of examination
 6. 	診断の結果、本人の健康状況は I diagnose that the applicant's he	次の通りである。 ealth and physica ····□ 不可·· Poor に障がないかどうフ	□	(Describe the condition of applicant's lungs) 7. その他特記事項 Any other remarks
	Yes No			
	の結果、上記の通り相違ないことを証明する。 by certify the above diagnosis.		署名 Signature: 氏名·資格 Name & Title: 検査施設名	·
⇒A +1	<i>t</i> e □ □		Institution:	
診断 ⁴ Date:	年月日 ·		所 在 地 Address:	
Date.			riuul Coo.	