

健康診断書 Health Report (2)

健康診断 Physical Examination

注意: 健康診断はX線検査を含め、3ヶ月以内のものに限る。

NOTE: The Physical examination, including CHEST X-RAY EXAMINATION, must have been taken within 3 months of the date of submission.

氏名 Name _____ , _____ 男 M. / 女 F.													
性 Family Name	名 Given Name												
1. 身長 Height _____ cm.	8. 診察所見 Findings 甲状腺: 異常なし あり() Thyroid: Normal Abnormal 心雑音: 異常なし あり() Heart murmur Normal Abnormal その他の診察事項 Other remarks												
2. 体重 Weight _____ kg.													
3. 視力 Vision													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">裸眼</td> <td style="width: 50%;">矯正</td> </tr> <tr> <td>Uncorrected</td> <td>Corrected</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>右</td> </tr> <tr> <td>R. _____</td> <td>R. _____</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>左</td> </tr> <tr> <td>L. _____</td> <td>L. _____</td> </tr> </table>	裸眼	矯正	Uncorrected	Corrected	右	右	R. _____	R. _____	左	左	L. _____	L. _____	9. 主な既往症と罹患時の年齢 Past medical history and dates of illnesses. (Any diseases which may require special attention at Ferris University)
裸眼	矯正												
Uncorrected	Corrected												
右	右												
R. _____	R. _____												
左	左												
L. _____	L. _____												
4. 聴覚 Hearing													
5. 血圧 Blood Pressure													
6. 検尿 Urinalysis													
7. 胸部エックス線検査 Chest X-ray Examination													
撮影年月日 Date of Exam. 所見 Findings	10. その他・特記事項 Others												
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 In my opinion the applicant's physical condition is as stated above.													
医療機関名及び住所(所在地) Name and location of Medical Office _____													
年月日 Date _____	医師署名 Signature _____ M.D												