


健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Name (English Alphabet)	性別 Sex	男 Male	女 Female
	生年月日 Date of Birth	年 月 日 生まれ	
現住所 Present Address			
身長 Height .cm	血圧 Blood Pressure		
体重 Weight .kg	/ mmHg		
胸部X線検査 Chest X-ray Examination			
所見 Findings	正常 Normal	異常 Abnormal	
撮影年月日 Date of Examination	_____ .		
現在治療中の病気 (Present illness)			
既往症 (Past illness)			
総括的健康状態 General Physical Condition	良 Good	可 Fair	不可 Poor
医師署名 Signature of Physician	診断日 Date of the above diagnosis		
医師名 Name (Please print)	印	_____ .	
医療機関名および所在地 Name and address of medical facility			