

# 健康診断証明書 CERTIFICATE OF HEALTH

ふりがなName in hiragana				男 Male ・ 女 Female	胸部エックス線検査 Chest X-rays examination 直接 Direct      間接 Indirect      デジタル Digital	
氏 名 Name						
生年月日Date of Birth		_____ (day) _____ (month) _____ (year)			Date : _____ (d) _____ (m) _____ (y)	
身 長 Height		・                      c m		主なる既往症 Previous illness <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No ↓ 詳細 Provide Details		
体 重 Weight		・                      k g				
視 力 Eyesight	右 (R)	・                      (                      ・                      ) With glasses		主な現在疾患 Illness treated at Present <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No ↓ 詳細 Provide Details		
	左 (L)	・                      (                      ・                      ) With glasses				
聴 力 Hearing		右 (R)	左 (L)	検査の結果標記のとおり診断する。 I certify the following true. Date : _____ (d) _____ (m) _____ (y) Signature : _____ 医師氏名 Physician's Name in Print : _____ 検査施設名 Clinic/Hospital : _____ 住所 Address : _____		
その他の診断事項 Comments :						
				入学後の健康管理上、注意すべき疾患の有無とその内容 Any health concerns to pursue studies in Japan. <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No ↓ 詳細 Provide Details		
判 定	※                      検査不要・要再検・要精密			※                      医師氏名    印		

1 この証明書は、願書受付日前3か月以内の診断の結果によるものであること。Exam must have taken place within 3 months.  
2 虚偽の受診をしたことが発見された場合は、入学決定後でも許可を取消すことがあります。Falsification of this doc may result in expulsion.  
3 ※印欄は記入しないでください。Don't write anything in ※space.