

健 康 診 断 書

Certificate of health

氏 名
Name in full: _____
Family First Middle
性別 男 女 生年月日
Sex: Male Female Date of Birth: year month day
現住所 電話
Present address: Tel: _____

診 断 事 項

PHYSICIAN'S STATEMENT (To be filled out by a doctor)

身 長 Height	c m	体 重 Weight	k g
内 科 診 察 physical Examination	<input type="checkbox"/> 正常 negative <input type="checkbox"/> 異常 positive	所見があれば記入して下さい。If Possible,details	
視 力 Eye-sight	裸 眼 without glasses (L) (R)	矯 正 視 力 with glasses (L) (R)	
X 線 検 査 Chest X-ray Finding (including its date)	<input type="checkbox"/> 正常 negative <input type="checkbox"/> 異常 positive	所見があれば記入して下さい。If Possible,details 撮影年月日 Date of examination()	
検 尿 Urinary Examination	蛋白 protein () 糖 glucose () ウロビリノーゲン Urinary Urobilinogen () 潜血 occult blood ()	所見があれば記入して下さい。If Possible,details	
心 電 図 Electrocardiogram	<input type="checkbox"/> 正常 negative <input type="checkbox"/> 異常 positive	所見があれば記入して下さい。If Possible,details	
血 圧 測 定 Blood Pressure	最高 Systolic Pressure mmHg 最低 Diastolic Pressure mmHg	所見があれば記入して下さい。If Possible,details	
現在の健康状態 Present State of Health	既往症について、ある場合は□にチェックし、その発病の年齢を記入して下さい。 History of Past illness (if any please indicate it with your age of contraction.) <input type="checkbox"/> 病名 The name of disease () () 年齢 age		

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 I hereby certify the above diagnosis.

日付 署 名
Date: Signature: _____
氏 名
Doctor's Name: _____
検査施設名
Institution: _____
所 在 地
Address: _____