

健康診断書

Certificate of health

氏名 Name in full: _____
 Family First Middle
 性別 Sex: Male Female 生年月日 Date of Birth: _____ year _____ month _____ day
 現住所 Present address: _____ 電話 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		矯正視力 with glasses
	(L)	(R)	(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	()	所見があれば記入して下さい。If Possible,details
	糖 glucose	()	
	ウロビリノーゲン Urinary Urobilinogen	()	
	潜血 occult blood	()	
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	所見があれば記入して下さい。If Possible,details
	最低 Diastolic Pressure	mmHg	
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
Date: _____

署名
Signature: _____

氏名
Doctor's Name: _____

検査施設名
Institution: _____

所在地
Address: _____