


B. 入学志願者健康診断書

Certificate of Health

* 受験番号
* 学籍番号

* この欄は記入しないこと
Office use only

※		※ 判定	検査不要・再検査・要精密		
フリガナ 氏名 Name	生年月日 Date of birth		年 Year	月 Month	日生 Day
		<input type="checkbox"/> 男 Male			
		<input type="checkbox"/> 女 Female			
現住所 Address		国籍 Nationality			
エ ッ ク ス 線 検 査 Chest X-ray Exami- nation	撮影 Date of Examination	年 Year	月 Month	日 Day	
	直接・間接 Direct Indirect	No. _____			
					
	所見 Describe the condition of applicant's lungs				
医師所見 Please diagnose the applicant's health and physical conditions		視力 Eye sight	右 R	裸眼 (Without Glasses) .	矯正 (With Glasses) (.)
			左 L	裸眼 (Without Glasses) .	矯正 (With Glasses) (.)
		聴力 Hearing	右 R	<input type="checkbox"/> 正常 (Normal)	<input type="checkbox"/> 異常 (Abnormal)
			左 L	<input type="checkbox"/> 正常 (Normal)	<input type="checkbox"/> 異常 (Abnormal)
		その他の疾病及び異常 Please describe in detail if you find any other disease			
<p>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 that the above diagnosis is true and correct.</p> <p>年 月 日 Year Month Day Date of Examination</p> <p>住 所 (所在地) Physician's Address</p> <p>医 療 機 関 名 Name of the Clinic</p> <p>医 師 名 Name of Physician</p> <p style="text-align: right;">(印) Physician's Signature</p>					