

京都日本語学校健康診断証明書

(Physical Examination Certificate / Kyoto Japanese Language School)

氏名:				性別:	男・女
Name in Full	Last	First	Middle	Sex	Male / Female
生年月日:	年	月	日	年齢:	
Date of Birth	Year	Month	Day	Age	
現住所:					
Present Address					

I

身長:				体重:			
Height	cm			Weight	kg		
視力:	右	左		矯正視力:	右	左	
Eye Sight	(R)	(L)		With Glasses	(R)	(L)	
色覚:	正常		異常				
Color Vision	<input type="checkbox"/> Normal		<input type="checkbox"/> Abnormal				
聴力:	右	正常	異常	左	正常	異常	
Hearing	(R)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	(L)	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Abnormal	
血圧:	最高			最低			
Blood Pressure	Sys. mmHg			Dia. mmHg			
検尿	タンパク			糖			
Urinalysis	Protein	—	+	+	Sugar	—	+
	潜血	—	+	+			
	Occult Blood	—	+	+			

II

X線撮影:	直接	間接
X-Ray	<input type="checkbox"/> Direct	<input type="checkbox"/> Indirect
X線所見:	Please comment on condition of applicant's lungs, giving date of test.	

III

その他の診断事項:	Please describe in detail if you discover any disease, including chronic illness, or physical handicaps.
既往症:	Please indicate any past illnesses contracted by the applicant.

IV

所見: この志願者の健康状態は下記のとおりである。
In my opinion, the general state of the applicant's health is:
<input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor

医師名: \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_  
Name of Physician Seal

診断機関名: \_\_\_\_\_  
Name of Clinic

住所: \_\_\_\_\_  
Address

診断日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
Date of Examination Year Month Day