|  |
| --- |
| **健　康　診　断　書　　　　　　　　鈴鹿オフィスワーク医療福祉専門学校**Medical Certificate Suzuka Officework Medical Welfare College |
| **氏名**Name |  |
| **生年月日**Date of birth | **年　　　　　月　　　　日** Year month day | **性 別**Gender | **□女　　　□男**Female Male  |
| **年 齢**Age | **歳** Years old |
| **既往症（歴）**A past medical history | * **なし** None
* **あり 病名**Yes, I have a history of **（　　　　　　　　　　　　　　　　）**
 |
| **身　　長** Hight  | Cm | **血液型****Blood type** | □A □B□AB □O　  | □RH＋□RH－ |
| **体　　重** Weght | Kg |
| **視　　力** Eye sight**（めがね）**With glasses | 右 Right | 左 Left |
| 右 Right | 左 Left |
| **聴　力** Hearing | 右Right: □ 異常なしNormal □ 異常ありNot normal（　　　　 　　　　　　　）　　　　 |
| 左Left: □ 異常なし Normal □ 異常ありNot normal（　　　　 　　　　　　　）　　　　 |
| **尿　検　査**Urinalysis | 糖 Glucose |  |
| 蛋白 Protein |  |
| **胸　部　X線検査****検査結果**Chest X-ray | **直接検査** Direct inspection  **年　　　　月　　　　日** **撮影**Date: year month day* **異常なし** Normal
* **異常あり**Not normal**（　 　　　　　　　　　　　　　　　　）**
 |
| **医師の指示・注意事項・所見**Notice from doctor |  |
| **※　志願者の診断の結果から判断して、現在の状況は充分に留学に****耐えうるものと思われますか？**From this inspection, do you think this applicant is able to go abroad for studying without any health problem for now? | * **はい**Yes, I think so.
* **いいえ** No, I do not think so.
 |

**健診日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日**

Date of examine: year month day

**医療機関所在地** Address:

**医療機関名** Name of your clinic/hospital:

**医師名** Name of doctor:　**署名** signature: