|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: