

健康診断書

Medical Certificate

鈴鹿オフィスワーク医療福祉専門学校

Suzuka Officework Medical Welfare

College

氏名 Name					
生年月日 Date of birth	年 Year	月 month	日 day	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male
				年齢 Age	歳 Years old
既往症(歴) A past medical history	<input type="checkbox"/> なし None <input type="checkbox"/> あり 病名 Yes, I have a history of ()				
身長 Height	Cm		血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> RH+
体重 Weight	Kg			<input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> RH-
視力 Eye sight (めがね) With glasses	右 Right		左 Left		
	右 Right		左 Left		
聴力 Hearing	右 Right: <input type="checkbox"/> 異常なし Normal <input type="checkbox"/> 異常あり Not normal ()				
	左 Left: <input type="checkbox"/> 異常なし Normal <input type="checkbox"/> 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
	撮影 Date:			year	month
		<input type="checkbox"/> 異常なし Normal <input type="checkbox"/> 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、現在の状況は十分に留学に 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?				<input type="checkbox"/> はい Yes, I think so. <input type="checkbox"/> いいえ No, I do not think so.	

健診日
Date of examine: 年 月 日
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: