

[特別選抜]帰国子女 / 外国人留学生選抜用

健康診断書  
REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

年 月 日

氏名 Name			
性別 Sex		生年月日 Date of birth	
現住所 Present address			
電話番号 Phone			
最終学校 Last school attended			

身長 Height	.      cm	体重 Weight	.      kg
胸囲 Chest measurement	.      cm	視力 Eye-sight	(R)      (L)
矯正視力 With glasses	(R)      (L)	聴力 Hearing	(R)      (L)

志願者の肺の状態 (X線検査の結果も記入)  
Describe in detail the conditions of the applicant's lungs (and the result of chest X-ray examination):

---

既往症及び身体障害  
Medical history and physical impediment:

---

その他  
Any other remarks, if any:

---

診断結果 (該当項目に印をつける。)  
The applicant's health and physical condition (please check):

---

優 Excellent     良 Good     可 Fair     虚弱 Poor

上記のとおり相違ないことを証明する。  
I hereby certify the above statement.

---

日付  
Date of examination: \_\_\_\_\_

検査施設名 及び 住所  
Institution & address:: \_\_\_\_\_

氏名(署名)  
Name & signature: : \_\_\_\_\_