

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（該当項目に印を付ける。）
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 及び 署名
Name & signature: _____