

[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: : _____