

健康診断書  
REPORT OF MEDICAL EXAMINATION

年 月 日

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

|                         |         |                 |         |
|-------------------------|---------|-----------------|---------|
| 身長<br>Height            | . cm    | 体重<br>Weight    | . kg    |
| 胸囲<br>Chest measurement | . cm    | 視力<br>Eye-sight | (R) (L) |
| 矯正視力<br>With glasses    | (R) (L) | 聴力<br>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: \_\_\_\_\_