

健康診断書

Health Certificate

Seikei University

\*This form must be filled out either in English or Japanese.

氏 名

Name in full : \_\_\_\_\_  
Family First Middle

生 年 月 日

性 別 男 女

Date of Birth : \_\_\_\_\_

Sex : ☐ Male ☐ Female

現 住 所

Present Address : \_\_\_\_\_

身長 Height _____ cm	体重 Weight _____ kg	既往症 及び 現症 History of Past Illness <input type="checkbox"/> 無し (not particular)	
視 力 右 左 Eye Sight (R) _____ (L) _____	矯 正 右 左 With Glasses (R) _____ (L) _____		
聴 覚 右 Hearing (R)	正 常 <input type="checkbox"/> Normal	異 常 <input type="checkbox"/> Abnormal	
左 (L)	正 常 <input type="checkbox"/> Normal	異 常 <input type="checkbox"/> Abnormal	
血 圧 Blood Pressure _____ / _____			
検 尿 蛋 白 Urinalysis Protein ( )	糖 Glucose ( )	潜 血 Occult Blood ( )	
胸部エックス線検査 Chest X-ray Examination 撮 影 年 月 日 Date of Exam. _____			
所 見 Finding <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ( )			
心身の疾病または障害に関する所見 Are there any physical or mental conditions that may limit the student's ability to study? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No			
有の場合、具体的に症状を記入してください。 If "Yes" in the above question, please describe the conditions in detail.			
備 考 Remarks			

結 核 性 疾 患 Tuberculosis		
心 疾 患 Heart Disease		
気 管 支 喘 息 Asthma		
ア レ ル ギ ー 疾 患 Allergic Disease		
腎 疾 患 Renal Disease		
リ ュ ウ マ チ Rheumatic Disease		
て ん か ん Epilepsy		
精 神 神 経 疾 患 Mental Disease		
そ の 他 Others		

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。  
In my opinion the applicant's physical condition is as stated above.

医 療 機 関 名

Name of Medical Institution : \_\_\_\_\_

日 付

所 在 地

Date : \_\_\_\_\_ Address : \_\_\_\_\_

医 師 名

署 名

Name of Doctor : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_