

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 _____ cm 体重 _____ kg Height _____ cm Weight _____ kg	既往症 及び 現症 History of Past Illness <input type="checkbox"/> 無し (not particular)																														
視力 右 _____ 左 _____ 矯正 右 _____ 左 _____ Eye Sight (R) _____ (L) _____ With Glasses (R) _____ (L) _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%;">Medical history</th> <th style="width: 15%;">Present illness</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>結核性疾患 Tuberculosis</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>心疾患 Heart Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>気管支喘息 Asthma</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アレルギー疾患 Allergic Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>腎疾患 Renal Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>リュウマチ Rheumatic Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>てんかん Epilepsy</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>精神神経疾患 Mental Disease</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他 Others</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Medical history	Present illness	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		
		Medical history	Present illness																												
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																															
聴覚 右 _____ 正常 _____ 異常 _____ Hearing (R) _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal 左 _____ 正常 _____ 異常 _____ (L) _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal																															
血圧 _____ / _____ Blood Pressure _____ / _____																															
検尿 蛋白 () 糖 () 潜血 () Urinalysis Protein () Glucose () 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 _____ 正常 _____ 異常 _____ 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																															

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 : _____