

健康診断書(医師が記入のこと)
CERTIFICATE OF HEALTH (to be filed out by physician)

氏名 : _____ 国籍 : _____
Name _____
住所 : _____
Address _____

1 身長(Height): _____ cm 体重(Weight): _____ kg 胸囲(Girth of Chest): _____ cm 視力(Eyesight) _____ : 裸眼(Without glasses) / 矯正(With glasses) 聴力(Hearing) 左(Left) / 左(Left) 右(Right) / 右(Right)	
2 既往病についてある場合はチェック□し、その年齢を記入して下さい。 History of past illness: (if any, indicate it with your age of contractions) 結核 □ _____ 歳(Age) マラリア □ _____ 歳(Age) Tuberculosis Malaria てんかん □ _____ 歳(Age) 腎疾患 □ _____ 歳(Age) Epilepsy Kidney disease 糖尿病 □ _____ 歳(Age) アレルギー □ _____ 歳(Age) Diabetes Allergy リウマチ □ _____ 歳(Age) 心臓疾患 □ _____ 歳(Age) Rheumatism Cardiac disease その他の伝染病疾患 □ _____ 歳(Age) Other Communicable diseases	
3 現在病気があればチェックしてください。 Present condition (if any, indicate it with your age of contractions) 扁桃腺、鼻又何 □ 心臓又は血管 □ Tonsil, Nose, or Throat Heart or Blood Vessel 胃又は消化器官 □ 泌尿生殖器 □ Stomach of Digestive System Wrogenital System 脳又は神経組織 □ 血液又は内分泌器官 □ Brain or Nervous System Blood or Endocrine System 肺はい又は呼吸器官 □ 骨、関節又は運動器官 □ Lung or Respiratory System Bones, Joints or Locomotor System その他内臓器官 □ 皮膚 □ Other Abdominal Organs Skin	
4 エックス線検査 Chest X-ray Examination 健康 □ Normal 所見 要観察 □ To be rechecked Describe the condition of applicant's lungs 要医察 □ Requires medical treatment 撮影年月日 Date of examination _____ 年 _____ 月 _____ 日 Y M D	
5 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical conditions are: 優 □ 良 □ 可 □ 不可 □ Excellent Good Fair Poor	6 その他 Any other remarks:

診断の結果、上記の通り相違いないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis to be true

住所 _____
Physician's address
氏名 _____
Physician's name
署名 _____
Physician's Signature
診断年月 _____
Date