

# 健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

Please complete in Japanese, or alternatively, PRINT clearly in either English, German or French.

氏名 Name: \_\_\_\_\_ 性別 Sex:   M     F   生年月日 Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Family name First name

身長 1. Height: \_\_\_\_\_ cm 体重 Weight: \_\_\_\_\_ kg 血圧 Blood pressure: \_\_\_\_\_ ~

視力 Visual Acuity: (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ 聴力 Auditory Acuity \_\_\_\_\_  
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or 視力 contact lenses (Audiometry results) preferred

既往症: 既往症の有無を✓で記入してください。  
 2. History of past illness: Please mark (✓), if applicable.

- 結核 Tuberculosis     腎疾患 Kidney disease     精神神経疾患 Nervous and mental disorder  
 心臓病 Cardiac disease     四肢の機能障害 Functional disorder of extremities     その他 Any other diseases

上記の中で、✓を記したたものがあれば、詳しく記入してください。  
 If you marked ✓ for any of the above, please describe in detail.

現在の状態: もし、病気または異常があれば、詳しく記入してください。  
 3. Please health condition: Please describe in detail any current disease or disorder.

志願者の肺の状態を詳しく説明してください。(X線検査の結果を撮影年月日とともに記入して下さい。)  
 4. Physical examination of applicant's lungs. Please describe any abnormality in detail. (The date and results of chest X-ray.)

診断した結果、志願者の健康状態は次の通りです。  
 In my opinion, the applicants health and physical conditions are.

日付 Date: \_\_\_\_\_

署名 Doctor's Signature: \_\_\_\_\_

氏名 Name in Print: \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution examined at: \_\_\_\_\_

所在地 Address: \_\_\_\_\_