

# 健康診断証明書

## CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Full Name		生年月日 Date of Birth	
現住所 Present Address		電話 Telephone	
診 断 事 項 Medical Items			
身長 Height	cm	体重 Weight	kg
		胸囲 Chest Measurement	cm
ツベルクリン反応最終判定 Latest Tuberculin Reaction	陽性 Positive	疑陽性 Doubtful	陰性 Negative
	年 月 日 Date of Examination		視力 Eye sight
		左 Left( )	右 Right( )
		色神 Color Sence	正常 Normal ( )
			色弱 ( )
			Incomplete Color Blindness
			色盲 Color Blindness( )
エ ッ ク ス 線 像 X-Rays		身体障害 Physical Impediment	
(No. of Photograph)		区 分 Items	異常の有無 Indicate with (○) for "Yes" And (×) for "No"
		運 動 Physical	(Yes) (No)
		視 覚 Sight	(Yes) (No)
		聴 覚 Hearing	(Yes) (No)
		言 語 Speaking	(Yes) (No)
所 見 Finding		そ の 他 Others	(Yes) (No)
		具体的内容 Remarks	
主な既往症と罹患時の年齢 Medical History		精神障害 Mental Disorder	
肺 結 核 Tuberculosis	歳 Age	小 児 マ ヒ Infantile Paralysis	歳 Age
気 管 支 喘 息 Bronchial Asthma	歳 Age	て ん か ん Epilepsy	歳 Age
心 臓 病 Cardiac Diseases	歳 Age	神 経 症 Nervous Diseases	歳 Age
胃 疾 患 Stomach Diseases	歳 Age	精 神 病 Mental Diseases	歳 Age
リウマチ Rheumatic Fever	歳 Age	そ の 他 Others	歳 Age
		血液型 (A・B・AB・O) Blood type (A・B・AB・O)	
私が診断いたしました結果、健康状態は _____ であります。 In my opinion the general state of the applicant's health is _____.			
優 Excellent      良 Good      可 Fair      不可 Poor			
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 I hereby certify the above statement to be true.		診 断 日 Date of Examination	
検査施設名及び氏名 Institution and Address			
医師氏名署名 Full Name and Signature of doctor		印 Seal	