

健康診断書

MEDICAL EXAMINATION

氏名 Name:	生年月日 Date of Birth:	年 Year	月 Month	日 Day	
身長 Height:	体重 Weight:				
cm	kg				
視力 Eyesight:	聴力 Hearing:	(R)	(L)	(R)	(L)
肺の状態 (X線検査の結果も記入) Describe in detail the condition of the applicant's lungs (including chest X-ray results):					
診断結果 (該当事項に印をつけること) The applicant's health and physical condition: (Please circle) 異常なし Healthy 異常あり Ailment/Problem					
「現在治療中」または「経過観察中」の疾患および障害について Details about current ailment/problem, treatment and/or medicine, other comments:					
上記の通り相違ないことを証明する。 I hereby certify the above statements.					
日付 Date of Examination: _____					
検査施設名及び所在地 Institution & Address: _____					
氏名及び署名 Name & Signature: _____					