

健康診断書 Health Certificate

※日本語もしくは日英併記で記入してください。 Please fill out in Japanese or both English & Japanese.

※太枠内は学生が記入してください。 Students should fill out information in thicker box.

フリガナ			
氏名 Name		生年月日 Date of Birth	年Y 月M 日D (Age 満 歳)
現住所 Mailing address			(携帯可 Mobile OK) 電話 Tel
既往症 Previous illnesses			
自覚症状 Subjective Symptoms		他覚症状 Objective Symptoms	
身長 Height	cm	体重 Weight	kg
総合所見 Overall assessment		胸部X線検査 X-Ray Examination	間接Indirect・直接Direct No. 年Y 月M 日D 撮影 所見 Observations Taken
上記のとおり診断します。 I attest to the above diagnosis.			
年Y 月M 日D			
医療機関名 Name of Medical Institution			
所在地 Location			
電話番号 Tel			
担当医師名 Name of Doctor			