健康診断書

MEDICAL EXAMINATION

氏　名 　　生年月日 月　　　日　　　年

Name:　　　　　　　　　　　　　　　　Date of Birth: Month Day　　Year

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　HealthyHea 　　　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:

You may use this form or a standard medical examination form (in English), which is commonly used in your country.