

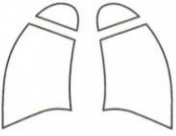
医療機関記入

※受験番号

健康診断証明書

HEALTH CERTIFICATE

※記入不要

氏名 Name In Ful			生年月日 Date of Birth				
現住所 Present Address			最終出身校 Last School				
診断事項 Medical Items							
身長 Height	cm	体重 Weight	kg	胸囲 Chest Measurement	cm		
尿 Urine	蛋白 () ・糖 () ・ウロビリノーゲン () Proteinuria Glucosuria Urobilinogen	血圧 Blood Pressure	/				
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	視力 Eye Sight	左 () Left	右 () Right	
	Date of Examination		色神 Color Sense	正常 () Normal	色弱 () Incomplete Color Blindness	色盲 () Color Blindness	
エックス線 検査 Chest X-Rays Examination	エックス線像 X-Rays			身体障害 Physical Impediment	異常の有無 Indicate abnormalities with (○) for "Yes" And (×) for "No"		
	(撮影年月日) Date of Examination				区分 Items	(Yes)	(No)
					運動 Physical Exercise	(Yes)	(No)
					視覚 Sight	(Yes)	(No)
					聴覚 Hearing	(Yes)	(No)
言語 Speech				(Yes)	(No)		
所見 Findings	健康 ・ 要観察 ・ 要医療 Normal Observation Treatment			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 Stating your age when diseases were contracted	肺結核 Tuberculosis	歳 Age	小児マヒ Poliomyelitis	歳 Age	主な現在症 Present Status		
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 Any Other Diseases	歳 Age				
その他特記事 Any Other Remarks							
上記の通り相違ないことを証明します。 I hereby certify the above statements are true.							
診断日 Date of Examination							
検査施設名および住所 Institution and Address							
医師氏名署名 Full Name and Signature of Doctor							
					印 Stamp		

鎮西学院大学

Nagasaki Wesleyan Univ.