健康診断書　CERTIFICATE OF HEALTH

医師が記入してください。

To be completed by the examining physician.

**日本語** 又は **英語** により明瞭に記入してください。

Please fill out (PRINT/TYPE) in **JAPANESE** or **ENGLISH**.

氏名Full Name 性別 SEX 生年月日 Date of Birth 年齢Age

□男 Male

姓 Surname 名 Given name □女 Female Date Month Year

1．身体検査 Physical Examinations

(1) 身長 Height cm

体重 Weight kg

(2) 視力 Eyesight (R) (L)

(裸眼 Without Glasses もしくは or 矯正 With Glasses or Contact lenses)

色盲の有無 Colorblindness ( ＋ / － )

(3) 聴覚 Hearing □正常 Normal / □異常 Abnormal

(4) 話すこと Speech □正常 Normal / □異常 Abnormal

2．申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果（含、検査日付、フィルム番号)を記入してください。（6ヶ月以上前の検査は無効です）

Please describe the result of physical and X-ray examination (with Date and Film No.) of applicant's (X-ray taken more than six months prior to the certification is NOT valid)

心臓. Heart: □正常 Normal / □異常 Abnormal

肺 Lung □正常 Normal / □異常 Abnormal

胸部レントゲン Chest X-P □正常 Normal / □異常 Abnormal

所見Findings

日付 Date フィルム番号 Film No:

血圧 Blood Pressure mmH g

脈拍 Pulse Rate /min □整 Regular / □不整 Irregular

3．現在治療中の病気 Disease treated at present

(例)高血圧症、喘息など (ex)Hypertension, Asthma

□ はい YES / □ いいえ NO

治療薬 Medication

4．既往症 Previous History:

＊＋または－で表示し、治癒日を記入してください。

Please indicate with ＋ or － and fill in the date of recovery

□ 結核 Tuberculosis ( / / ) □ マラリア Malaria ( / / )

□ てんかん Epilepsy ( / / ) □ 腎臓病 Kidney Disease ( / / )

□ 心臓病 Heart Disease ( / / ) □ 糖尿病 Diabetes ( / / )

□ 精神病Psychosis ( / / ) □ 薬物アレルギー Drug Allergy ( / / )

□ 深部静脈血栓症 Deep vein thrombosis ( / / )

□ 他の病気 Other disease ( )

5．検査 Laboratory tests

尿検査 Urinalysis:

糖 Glucose ( ) 蛋白 Protein ( )

潜血 Occult blood ( ) 細菌 Bacteriuria (+/-)

血液検査 Blood tests:

白血球 WBC count /mm3 赤沈 ESR mm/Hr

血色素量 Hemoglobin g/dl

肝機能 GOT IU/l GPT IU/l

6．備考 Note

7．総合所見 Total Judgment for the Applicant's health

日付 Date 署名 Signature

医師氏名 Physician's name in Print

検査施設名 Office/Institution

所在地 Address