

健 康 診 断 書

Health Certificate

Seikei University

*This form must be filled out either in English or Japanese.

氏 名

Name in full : _____

First

Middle

Family

生年月日

性 別 男 女

Date of Birth : _____

Sex : Male Female

現 住 所

Present Address : _____

身長 Height		体重 Weight		既往症 及び 現症 History of Past Illness	
Eye Sight (R) _____ (L) _____		With Glasses (R) _____ (L) _____		<input type="checkbox"/> 無し (not particular)	
Hearing (R) _____ (L) _____		正常 Normal 異常 Abnormal		結核性疾患 Tuberculosis	
Hearing (R) _____ (L) _____		正常 Normal 異常 Abnormal		心疾患 Heart Disease	
Blood Pressure /				気管支喘息 Asthma	
Urinalysis Protein () Glucose ()		潜血 Occult Blood ()		アレルギー疾患 Allergic Disease	
胸部エックス線検査 Chest X-ray Examination				腎疾患 Renal Disease	
撮影年月日 Date of Exam.				リュウマチ Rheumatic Disease	
所見 Finding		正常 Normal 異常 Abnormal ()		てんかん Epilepsy	
心身の疾病または障害に関する所見 Are there any physical or mental conditions that may limit the student's ability to study?				精神神経疾患 Mental Disease	
有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/>				その他 Others	
備考 Remarks					

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。

In my opinion the applicant's physical condition is as stated above.

医療機関名

Name of Medical Institution : _____

日 付

所 在 地

Date : _____

Address : _____

医 師 名

Name of Doctor : _____

署 名

Signature : _____