

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		<input type="checkbox"/> 異常 Abnormal	
Hearing (R) _____ (L) _____		正常 Normal		<input type="checkbox"/> 異常 Abnormal	
血圧 Blood Pressure /					
検尿 蛋白 Urinalysis Protein ()		糖 Glucose ()		潜血 Occult Blood ()	
胸部エックス線検査 Chest X-ray Examination					
撮影年月日 Date of Exam. _____					
所見 正常 異常 Finding <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ()					
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? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No					
有の場合、具体的に症状を記入してください。 If "Yes" in the above question, please describe the conditions in detail.					
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 : _____