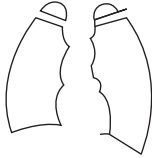


健康診断書
HEALTH EVALUATION FORM

2024年4月入学用

フリガナ				生年月日 Date of Birth	年 月 日生 Year Month Date	年齢 Age				
氏名 Applicant's Name				電話 Telephone						
現住所 Present Address										
以下は、日本語または英語で医師が記入してください。The followings must be completed by a certified physician in either Japanese or English.										
身長 Height	cm			体重 Weight	kg					
視力 Eyesight	左(矯正) Left (Corrected) .(.)	右(矯正) Right (Corrected) .(.)	聴力 Hearing	正常・異常() Normal・Impaired						
胸部X線検査 Chest X-ray Exam	所見 Describe the condition of applicant's lung 			尿検査 Urinalysis	蛋白 Albuminuria	-	±	+	++	###
	撮影年月日 Date of X-ray Examination 直接 年 月 日 Direct Year Month Date				糖 Glucosuria	-	±	+	++	###
					潜血 Occult Blood	-	±	+	++	###
	その他所見 Other Findings			消化器、循環器、呼吸器、神経系、 運動機能等の異常の有無 Please check if the applicant has any abnormal symptoms in the following systems: Digestive tract, Cardiovascular, Respiratory, Nervous, and Locomotive. <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes (Describe in detail)						
所見 Remarks	<input type="checkbox"/> 健康 Normal <input type="checkbox"/> 要観察 Require observation <input type="checkbox"/> 要精密検査 Require detailed examination <input type="checkbox"/> 要治療 Require medical treatment 要観察、精密検査、治療の必要があると認める場合は、所見をご記入ください。 If this student has a medical condition that requires further detailed examination, please specify.									
上記のとおり証明する。I hereby certify the above diagnosis is correct.										
診断日 Examination Date	年 月 日 Year Month Date	医師署名 Physician's Signature		印						
医療機関名 Medical Institution	公印			電話 Telephone						
医療機関所在地 Address				F A X						