

# HEALTH CERTIFICATE

## 健康診断証明書

NAME IN FULL 氏名		SEX 性別	M. 男 F. 女	DATE OF BIRTH 生年月日		
HOME ADDRESS 現住所				TEL. NO. 電話番号		
MEDICAL ITEMS      診断事項						
X-RAYS      エックス線像			PHYSICAL IMPEDIMENT      身体障害			
SPECIAL COMMENTS, IF ANY 所見			ITEMS	区分	INDICATE WITH 'X' 異常の有無	
			PHYSICAL EXERCISE	運動	YES 有	NO 無
			SIGHT	視覚	YES 有	NO 無
			HEARING	聴覚	YES 有	NO 無
			SPEAKING	言語	YES 有	NO 無
DOCTOR'S STATEMENTS 所見			OTHER      その他		YES 有	NO 無
			REMARKS 具体的内容			
MEDICAL HISTORY & AGE OF DISEASE 主な既往症と罹患時の年齢				MENTAL DISORDER 精神障害		
TUBERCULOSIS 肺結核	AGE 才	INFANTILE 小児マヒ	AGE 才	DISEASES NEED TO BE CHECKED AFTER ENROLLMENT 入学後にも健康管理上注意するものを記入してください。		
BRONCHIAL ASTHMA 気管支喘息	AGE 才	EPILEPSY てんかん	AGE 才			
CARDIAC DISEASES 心臓病	AGE 才	NERVOUS DISORDER 神経症	AGE 才			
STOMACH DISEASES 胃疾患	AGE 才	MENTAL DISORDER 精神病	AGE 才			
RHEUMATISM リウマチ	AGE 才	ANY OTHER DISEASES その他	AGE 才			
THE GENERAL STATE OF THE APPLICANT'S HEALTH 私が診断いたしました結果、健康状態は						
					であります。	
EXCELLENT GOOD FAIR POOR 優 良 可 不可						
I HEREBY CERTIFY THE ABOVE STATEMENT TO BE TRUE 上記の通り相違ないことを証明いたします。						
DATE OF EXAMINATION 診断日 _____						
INSTITUTION & ADDRESS 検査施設名と住所 _____						
FULL NAME & SIGNATURE 医師氏名署名 _____						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">             STAMP  印           </div>						

NATIONAL OR MUNICIPAL HOSPITAL ONLY



**COLLEGE of BUSINESS and COMMUNICATION**  
**外語ビジネス専門学校**