

## 健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

\*Fill in this form in English

氏 名 Name	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female			
	(FAMILY NAME)	(First name)		
	生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日生 (満 歳) Day Age
現 住 所 Present Address				
既 往 症 Past History				
身 長 Height			cm	体 重 Weight
				kg
視 力 Eyesight	(With Glasses or Contact Lenses)		聴 力 Hearing	
	右 Right ( )		右 Right	
	左 Left ( )		左 Left	
胸部X線 Chest X-ray Examination	<input type="checkbox"/> 間接 Indirect <input type="checkbox"/> 直接 Direct 所見 Impression			
内科学理的所見 Physical or Psychological Conditions				
現在の健康状態 及び疾病異常 Present Condition of Health and Disease				
その他の所見 Other Remarks				
上記のとおり診断します。 I hereby declare that the above statement given above is true and correct.  年 月 日 Year Month Day 医師氏名 (Physician's Name in Print): _____ 医療機関名 (Office/Institution): _____ 住所 (Address): _____ 電話番号 (Telephone Number): _____ <div style="text-align: right;">_____ 印 Official Seal and Signature</div>				

(注) 診断事項中、異常がない場合もその旨記入して下さい。

Please fill in this paper even you cannot find any abnormality.