大 正 大 学
【所定用紙５】

健　康　診　断　書

Certificate of health

氏　　名
Name in full: .....
Family　First　Middle

国　　籍
Nationality: .....

性別　　男　　女
Sex: Male ☑ Female ☐

生年月日
Date of Birth : year month day

現住所
Present address: .....

電話
Tel: .....

診　断　事　項

PHYSICIAN'S STATEMENT (To be filled out by a doctor)

身　長 Height	cm	体　重 Weight	kg
内科診察 physical Examination	☑ 正常 negative ☐ 異常 positive	所見があれば記入して下さい。If Possible,details	
視　力 Eye-sight	裸　眼 without glasses (L)　(R)	矯正視力 with glasses (L)　(R)	
X線検査 Chest X-ray Finding (including its date)	☑ 正常 negative ☐ 異常 positive	所見があれば記入して下さい。If Possible,details 撮影年月日 Date of examination(　/　/　)	
検　尿 Urinary Examination	蛋白 protein (　) 糖 glucose (　) ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ Urinary Urobilinogen (　) 潜血 occult blood (　)	所見があれば記入して下さい。If Possible,details.	
心電図 Electrocardiogram	☑ 正常 negative ☐ 異常 positive	所見があれば記入して下さい。If Possible,details	
血圧測定 Blood Pressure	最高 Systolic Pressure mmHg 最低 Diastolic Pressure mmHg	所見があれば記入して下さい。If Possible,details	
現在の健康状態 Present State of Health	既往症について、ある場合は□にチェックし、その発病の年齢を記入して下さい。 History of Past illness (if any please indicate it with your age of contraction.) ☐ 病名 The name of disease (　　) (　) 齢 age		

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。　I hereby certify the above diagnosis.

日付
Date: /　/

署　　名
Signature: .....

氏　　名
Doctor's Name: .....

検査施設名
Institution: .....

所　在　地
Address: .....