

(財) 霞山会 東亜学院 入学志願者

健康診断証明書

選考番号

Certificate of health of the Toa-Gakuin

※健康診断は、6か月以内のものに限ります。

The Physical Examination must have been done within 6 months of the date of submission.

氏名 Name				国籍(地域) Nationality(Locality)	
性別 Sex	男・女 Male/Female	生年月日 Date of Birth	(year) (month) (day)	年齢 Age	

身長 Height	cm	体重 Weight	kg	血圧 Blood Pressure	/ mmHg
--------------	----	--------------	----	----------------------	--------

視力 Eyesight	裸眼 右(Right)_____ 左(Left)_____	矯正視力 右(Right)_____ 左(Left)_____
	Without Glasses	With Glasses or Contact lenses

聴力 Hearing	右 Right	左 Left
---------------	------------	-----------

既往症（もし、既往症があれば詳しく記入してください。）

History of Past Illnesses.(Please indicate,if any)

現在の状態（もし、病気または異常があれば詳しく記入してください。）

Present health Condition.(Please describe in detail if there is any problem)

志願者の肺の状態を詳しく説明し、X線検査（間接撮影）の結果と撮影年月日を記入してください。

Please describe the results of physical and X-ray examinations(indirect)of the applicant's chest.

Also note the exact date of the X-ray.

撮影年月日(Date of Examination): _____

診断した結果、志願者の健康状態は次のとおりです。（該当事項に印をつけて下さい。）

In my opinion,the applicant's health and physical conditions are:(Please mark the appropriate indicator.)

優良 Excellent 良 Good 可 Fair 虚弱 Poor

志願者の既往歴、診察、検査の結果から判断して、現在の健康状態は十分に日本留学に耐えうるものと思います。

In view of the applicant's history and the above findings,it is my impression that his/her status is adequate to pursue intended study in Japan: YES NO

医師の署名（又は捺印） Name: _____

検査施設名（印） Office/Institution: _____

日付(Date)

所在地 Address: _____