

(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: _____