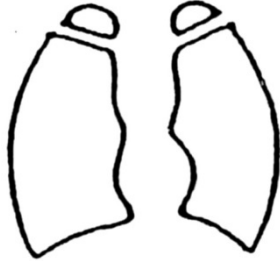


健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

受験番号

氏 名	性 別 Sex	男 Male	女 Female	
Name (アルファベット表記)	生年月日 Date of Birth	年	月 日生	
現住所 Present Address 〒				
身 長 Height ・ cm	血圧 Blood Pressure / mmHg			
体 重 Weight ・ kg				
胸部 X 線検査 Chest X - ray Examination				
所 見 Findings	正 常 Normal			異 常 Abnormal
撮影年月日 Date of Examination				
現在治療中の病気(Present illness)				
既往症(Past illness)				
総括的健康状態 General Physical Condition	良 Good	可 Fair	不可 Poor	
医師署名 Signature of Physician	診断日 Date of above diagnosis			
医師名 Name(type of Print)	印			
医療機関名及び所在地 Name and address of medical facility				