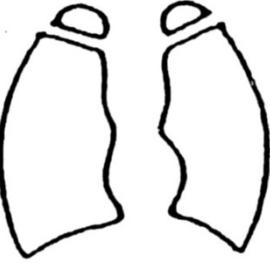


# 健 康 診 断 書

## CERTIFICATE OF HEALTH

受験番号

氏名	性別	男	女	
	Sex	Male	Female	
Name (アルファベット表記)	生年月日	Date of Birth		
	年	月	日	
現住所 Present Address	〒			
身長 Height • cm	血圧 Blood Pressure			
体重 Weight • kg	/ mmHg			
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	可	不可
		Good	Fair	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				

公的医療機関所定の書式の添付でも可。  
(本学所定書式と同内容の診断項目が記載されているもの)

KOBE KAISEI COLLEGE