


城西大学 健康診断証明書

※ 受験番号

注意:健康診断はX線検査を含め、12か月以内のものに限る。
 Note:The Physical examination including(CHEST X-RAY EXAMINATION
 must have been taken within 12 month of the date of submission.)

氏名 Full Name	生年月日 Date of Birth
-----------------	-----------------------

診 断 事 項 Medical Items			
身長 Height	cm	体重 Weight	kg
エックス線像 X-Rays		視力 Eye Sight	右 Right · (·)
直接撮影 Direct radiography	正常 Normal	異常 Abnormal	左 Left · (·)
Date. _____		聴力 Hearing	右 Right
		左 Left	
		尿検査 Urinalysis	蛋白 Protein
			糖 Glucose
所見 Findings		その他の 疾病及び 異常 Any Other Diseases	

私が診断いたしました結果、健康状態は _____ であります。

In my opinion the general state of the applicant's health is _____

優 良 可 不可

Excellent Good Fair Poor

上記の通り相違ないことを証明いたします。
 I hereby certify the above statement to be true.

診断日
 Date of Examination _____

検査施設名及び住所
 Institution and Address _____

医師氏名署名
 Full Name and Signature of doctor _____

印
Stamp