

城 西 大 学
健 康 診 断 証 明 書

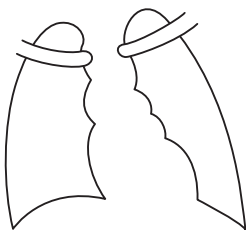
※ 受 験 番 号

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.)

※ただし、城西大学および城西短期大学の在籍者は、本学発行の証明書でも可。

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	
所 見 Findings		尿 検 査 Urinalysis	蛋 白 Protein	
			糖 Glucose	
			潜 血(A) Bloody urine	
		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