


MEDICAL CERTIFICATE

健康診断書

NAME 名前		MR. MS.		DATE OF BIRTH 生年月日	
HEIGHT 1. 身長		c m		BLOOD PRESSURE 9. 血 圧	
WEIGHT 2. 体 重		k g		/	
EYESIGHT 3. 視 力		LEFT 左眼		RIGHT 右眼	
Bare 裸 眼					
Rectified 矯 正					
COLOUR BLINDNESS 4. 色 神				ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE 11. 血 沈 (E S R)	
EYE TROUBLE 5. 眼 疾				mm / 1 Hour	
CHEST X-RAY 6. 胸部 X 線		Indirect 間接撮影 Direct 直接撮影		SYPHILIS 12. 梅 毒	
				LIVER 13. 肝機能	
				G. O. T. ()	
				Normal Abnormal	
				G. P. T. ()	
				Normal Abnormal	
				Result of close examination should be remarked in (14) in case of abnormality. 異常の場合は精密検査の結果を(14)に書いてください。	
				ANAMNESIS REMARKS 14. 既往症・特記事項	
TUBERCULIN TEST 7. ツベルクリン反応		Positive 陽性 Negative 陰性		INTERNAL EXAMINATION 15. 内科的所見	
EAR TROUBLE 8. 耳 疾					
REMARKS FOR TRAINING ABROAD 海外研修についての総合所見					
I HEREBY CERTIFY THAT ALL INFORMARION GIVEN ABOVE IS CORRECT. 上記の記載事項に誤りがない事を証明します。					
DATE 年月日					
NAME OF HOSPITAL 病 院 名					
ADDRESS 所 在 地					
NAME OF CERTIFIER 証明者名					
SIGNATURE 署 名					