

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

学校法人 文化学園 川口文化服装専門学校 提出用

電話問合せ: 048-253-0333(代)

氏名 NAME IN FULL		生年月日 DATE OF BIRTH	年 月	性別 SEX	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female
現住所 PRESENT ADDRESS	(〒 -)				

1. 身長 HEIGHT			2. 体重 WEIGHT		
	cm			kg	
3. 眼 EYE	視力 Eye Sight	With Glasses (R) (L)	Without Glasses (R) (L)		
	屈折異常 Reflection	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Short-Sightedened <input type="checkbox"/> Long-Sightedened <input type="checkbox"/> Astigmatism			
	色覚 Color Vision	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired			
4. エックス線 CHEST X-RAY	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Impaired		Film No.	撮影日 Date / /	
	所見 Remarks				
5. 既往症 PAST HISTORY	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	主たる既往歴 Major Diseases Suffered in Past				
6. 現在治療中 の病気 DESEASES CURRENTLY TREATED	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	病名				
7. 尿検査 URINALYSIS	糖 Glucose(+, -)	蛋白 Protein(+, -)	潜血 Occult Blood(+, -)		
8. その他 OTHER MATTERS DIAGNOSED					

上記のとおり相違ないことを証明いたします。
I hereby certify that the above diagnoses are correct.

日付 年 月 日

担当医署名
Signature

医師氏名 Doctor in Charge	
検査施設 Office/ Institution	
住所 Address	
電話 Telephone No.	