

酪農学園大学
〒069-8501 北海道江別市文京台緑町582番地
Rakuno Gakuen University
582, Bunkyo-dai-midorimachi, Ebetsu, Hokkaido 069-8501 Japan

健康診断証明書 CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Full Name		生年月日 Date of Birth	
現住所 Present Address		電話 Telephone	
診 断 事 項 Medical Items			
身長 Height	cm	体重 Weight	kg
			胸囲 Chest Measurement
			cm
ツベルクリン反応最終判定 Latest Tuberculin Reaction	陽性 Positive	疑陽性 Doubtful	陰性 Negative
	視力 Eye sight		
	左 Left ()		右 Right ()
	色 神 Color Sence		正常 Normal () 色弱 () Incomplete Color Blindness 色盲 Color Blindness ()
	年 月 日 Date of Examination		
エックス線像 X-Rays		身体障害 Physical Impediment	
(No. of Photograph)		区 分 Items	異常の有無 Indicate with (○) for "Yes" And (×) for "No"
		運 動 Physical	(Yes) (No)
		視 覚 Sight	(Yes) (No)
		聴 覚 Hearing	(Yes) (No)
		言 語 Speaking	(Yes) (No)
所 見 Finding		そ の 他 Others	(Yes) (No)
		具体的内容 Remarks	
主な既往症と罹患時の年齢 Medical History		精神障害 Mental Disorder	
肺 結 核 Tuberculosis	歳 Age	小児マヒ Infantile Paralysis	歳 Age
気管支喘息 Bronchial Asthma	歳 Age	てんかん Epilepsy	歳 Age
心 臓 病 Cardisc Diseases	歳 Age	神 経 症 Nervous Diseases	歳 Age
胃 疾 患 Stomach Diseases	歳 Age	精 神 病 Mental Diseases	歳 Age
リウマチ Rheumatic Fever	歳 Age	そ の 他 Others	歳 Age
		血 液 型 (A・B・AB・O) (+・-) Blood type	
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 Excellent 良 Good 可 Fair 不可 Poor			
上記の通り相違ないことを証明いたします。 診断日 I hereby certify the above statement to be true. Date of Examination _____ 検査施設名及び氏名 Institution and Address _____ 医師氏名署名 Full Name and Signature of doctor _____			
			印 Seal