


## MEDICAL CERTIFICATE

## 健康診断書

NAME MR. 名前 MS.		DATE OF BIRTH 生年月日	
HEIGHT 1. 身長 cm		BLOOD PRESSURE 9. 血圧 /	
WEIGHT 2. 体重 kg		URINE 10. 尿	
EYESIGHT 3. 視力		PROTEIN 蛋白 ( )	GLUCOSE 糖 ( )
LEFT 左眼		OCCULT BLOOD 潜血 ( )	
RIGHT 右眼			
COLOUR BLINDNESS 4. 色神		ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE 11. 血沈 (ESR) mm/1 Hour	
EYE TROUBLE 5. 眼疾		SYPHILIS 12. 梅毒	
CHEST X-RAY 6. 胸部 X 線		LIVER 13. 肝機能	
<input type="checkbox"/> -Indirect 間接撮影		G. O. T. ( ) <input type="checkbox"/> -Normal	
<input type="checkbox"/> -Direct 直接撮影		G. P. T. ( ) <input type="checkbox"/> -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。	
TUBERCULIN TEST 7. ツベルクリン反応		ANAMNESIS REMARKS 14. 既往症・特記事項	
Positive 陽性			
Negative 陰性			
EAR TROUBLE 8. 耳疾		INTERNAL EXAMINATION 15. 内科的所見	
総合所見 (海外研修への参加が健康上可能かどうかを必ずご記入下さい。) Overall Observation (Please be sure to write whether or not is healthy enough to the said person take part in overseas training.)			
I HEREBY CERTIFY THAT ALL INFORMATION 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	