

健康診断証明書 Certificate of Health

受験番号

※37-

英語により記載してください。 Please fill out (PRINT/TYPE) in English.

氏名

Name:

Surname

Given name

Middle name

生年月日

Date of Birth:

性別

☐ 男 Male

Gender:

☐ 女 Female

1. 診断事項

Physical Examination

(1) 視力

Eyesight:

(R)

(L)

裸眼 Without glasses

(R)

(L)

矯正 With glasses or contact lenses

(2) 色覚

Color vision:

☐

正常

Normal

☐

異常

Impaired

(3) 聴力

Hearing:

☐

正常

Normal

☐

異常

Impaired

2. 既往症

Past Illness/disorder:

☐ 特になし None

3. 特記事項

Particulars or additional comments:

☐ 特になし None

日付

Date:

署名

Signature:

医師氏名

Physician's Name (Print):

検査施設名

Office/Institution:

住所

Address: