

Kyoto Tachibana University
健康診断書
Certificate of Health
(To be completed by a physician)

氏名 Name of Applicant	生年月日 Date of Birth	年齢 Age
	19 年 月 日	
現住所 Present Address		
身長 Height	cm	体重 Weight
		kg
視力 Vision	右 Right . (Corrected) .	聴力 Hearing
	左 Left . (Corrected) .	
		左 Left
色覚 Color Vision		
尿検査 Urinalysis	タンパク Protein	糖 Sugar
胸部X線検査 所見 Chest X-ray Findings		
既往症(ある場合はチェックしてください) Please check if the applicant has had any of those illness previously.		
結核 tuberculosis	<input type="checkbox"/>	心臓疾患 heart disease <input type="checkbox"/>
てんかん epilepsy	<input type="checkbox"/>	腎疾患 kidney disease <input type="checkbox"/>
糖尿病 diabetes	<input type="checkbox"/>	気管支喘息 bronchial asthma <input type="checkbox"/>
	その他 other diseases	<input type="checkbox"/>
健康状況 General State of Health	診断の結果、本人の健康状況は次のとおりです。 In my opinion the general state of the applicant's health and physical condition is :	
特記事項 Remarks		
診療年月日 Date of Examination		
医療機関および所在地 Name and Address of the Medical Facility		
医師名 Name	署名・押印 Signature	