

## 健康診断書

受診日 年 月 日

氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日( 歳)
住所			
身体計測	身長 _____ cm 体重 _____ kg	尿検査	糖 ( _____ ) 蛋白 ( _____ )
感覚器系	視力 右 ( . ) 左 ( . ) 聴力 異常なし・あり	血液検査	血沈 1 時間値 _____ mm 2 時間値 _____ mm G O T _____ 単位 G P T _____ 単位
呼吸器系	理学的所見 異常なし・あり 胸部 X 線直接撮影 肺の異常所見 なし・あり  フィルム No.	う歯	未処置歯 _____ 本・処置歯 _____ 本
		その他必要 性を認 めて実施 した検査 結果	
		既往歴	
循環器系	理学的所見 異常なし・あり (心雑音 なし・あり) 血圧 (mmHg) (最高) ____ / ____ (最低) 胸部 X P 心陰影 (上図参照) 異常所見 なし・疑い・あり	総合所見	
上記のとおり診断します。			年 月 日
所 属 :			
医師氏名 :		(署名)	

# CERTIFICATE OF HEALTH

Name of Applicant (in Roman block capitals) \_\_\_\_\_

Sex (M · F) \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Present Address \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ (cm) Weight \_\_\_\_\_ (kg)  
 1. SENSE SYSTEM  
 Eyesight Right \_\_\_\_\_ ( )  
 Left \_\_\_\_\_ ( )  
 Hearing Normal / Abnormal

2. RESPIRATORY SYSTEM  
 Medical Judgment Normal / Abnormal  
 Chest X-Ray Examination  
 Condition of Applicant's Lungs  
Normal / Abnormal  
 Film No. \_\_\_\_\_

3. CIRCULATORY SYSTEM  
 Medical Judgment Normal / Abnormal  
 (Heart Murmur Normal / Abnormal)  
 Blood Pressurizes. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ dia.  
 Condition of Applicant's Heart  
 (cf. Above Graph)  
Normal / Doubtful / Abnormal

4. URINE TEST  
 Sugar \_\_\_\_\_ Protein \_\_\_\_\_  
 (please indicate with +, if you find any  
 disease or abnormality, or with -, if not)

5. BLOOD TEST  
 Precipitation of Blood  
 1 hour later \_\_\_\_\_ mm  
 2 hours later \_\_\_\_\_ mm  
 GOT \_\_\_\_\_ unit  
 GPT \_\_\_\_\_ unit

6. DECAYED TOOTH  
 Untreated \_\_\_\_\_ Treated \_\_\_\_\_

7. Findings of other tests, if any

8. Previous History

9. Total Judgment for Applicant's Health

Name & Title of Physician \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_