(样纸3)

健康診断書(医師が記入のこと)

CERTFICATE OF HEALTH $\,$ (to be filled out by physician)

氏 名	□ 男 Male 生年月日
Name:	□ 女 Female <u>Date of birth</u> :
現住所 Address:	国 籍 Nationality:
1. 身長(Height) cm, 体重(Weight)	
2. 既往症について、ある場合はチェック☑し、そ History of past illness: (if any, indicate it with you 結核 □歳(Age) マラリア Tuberculosis Malaria てんかん □歳(Age) 腎疾患 Epilepsy Kidney disea 糖尿病 □歳(Age) アレルギー Diabetes Allergy	pur age of contraction.) □ 歳(Age) リューマチ 歳(Age)
3. 現在、病気があればチェック☑してください。 Present condition (if any, indicate it.): 扁桃腺、鼻又は咽喉・・・・□ 心臓又は血管 Tonsils, Nose or Throat	健康…□Normal 要観察…□ to be rechecked 要医療…□Recuire medical treatment 撮影年月日 Date of examination 正動器官…□ Locomotor System Ff. 見
	マ可□ 7.その他特記事項 Any other remarks:
診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。 I hereby certify the above diagnosis. 診断年月日 署 名 Date: Physician	n's signature:
Physician 住 所 Physician	