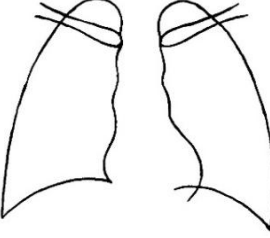


HEALTH CERTIFICATE  
健康診断証明書

| INFORMATION OF THE APPLICANT 申請者情報 |                         |                   |                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME IN FULL<br>氏名                 |                         | SEX<br>性別         | <input type="checkbox"/> MALE 男<br><input type="checkbox"/> FEMALE 女                                                                                                        |
| DATE OF BIRTH<br>生年月日              | 年 月 日<br>YEAR MONTH DAY | BLOOD TYPE<br>血液型 | <input type="checkbox"/> RH + <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B<br><input type="checkbox"/> RH - <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O |

| MEDICAL ITEMS 診断事項                                                                |          |                             |                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| CHEST X-RAY EXAMINATION 胸部X線検査                                                    |          | PHYSICAL IMPEDIMENT 身体障害    |                                                              |
| DESCRIBE THE CONDITION OF LUNGS 所見                                                |          | PHYSICAL EXERCISE 運動        | <input type="checkbox"/> YES 有 <input type="checkbox"/> NO 無 |
|  |          | SIGHT 視覚                    | <input type="checkbox"/> YES 有 <input type="checkbox"/> NO 無 |
|                                                                                   |          | HEARING 聴覚                  | <input type="checkbox"/> YES 有 <input type="checkbox"/> NO 無 |
|                                                                                   |          | SPEAKING 言語                 | <input type="checkbox"/> YES 有 <input type="checkbox"/> NO 無 |
|                                                                                   |          | OTHER その他                   | <input type="checkbox"/> YES 有 <input type="checkbox"/> NO 無 |
| <input type="checkbox"/> NORMAL 正常                                                |          | OTHER(SPECIFY)<br>具体的内容     |                                                              |
| <input type="checkbox"/> TO BE RE-CHECKED 要観察                                     |          | MENTAL DISORDER 精神疾患        |                                                              |
| <input type="checkbox"/> REQUIRES MEDICAL TREATMENT 要治療                           |          |                             | <input type="checkbox"/> YES 有 <input type="checkbox"/> NO 無 |
| MEDICAL HISTORY & AGE OF DISEASE<br>主な既往症と罹患時の年齢                                  |          | TYPE(SPECIFY)<br>具体的内容      |                                                              |
| TUBERCULOSIS<br>肺結核                                                               | AGE<br>才 | INFANTILE PARALYSIS<br>小児マヒ | AGE<br>才                                                     |
| BRONCHIAL ASTHMA<br>気管支喘息                                                         | AGE<br>才 | EPILEPSY<br>てんかん            | AGE<br>才                                                     |
| CARDIAC DISEASES<br>心疾患                                                           | AGE<br>才 | NERVOUS DISORDER<br>神経疾患    | AGE<br>才                                                     |
| STOMACH DISEASES<br>胃疾患                                                           | AGE<br>才 | MENTAL DISORDER<br>精神疾患     | AGE<br>才                                                     |
| RHEUMATISM<br>リウマチ                                                                | AGE<br>才 | ANY OTHER DISEASES<br>その他   | AGE<br>才                                                     |
| DISEASES NEED TO BE CHECKED AFTER ENROLLMENT<br>入学後、健康管理上注意するものを記入してください。         |          |                             |                                                              |
| ANY OTHER REMARKS<br>その他                                                          |          |                             |                                                              |

| PHYSICIAN'S IMPRESSION OF THE APPLICANT'S HEALTH 医師の所見  |                                         |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| THE GENERAL STATE OF THE APPLICANT'S HEALTH<br>申請者の健康状態 | <input type="checkbox"/> EXCELLENT<br>優 |
|                                                         | <input type="checkbox"/> GOOD<br>良      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> FAIR<br>可      |
|                                                         | <input type="checkbox"/> POOR<br>不可     |

I HEREBY CERTIFY THE ABOVE STATEMENT TO BE TRUE  
上記の通り相違ないことを証明いたします。

DATE OF EXAMINATION  
診断日

PHYSICIAN'S NAME & SIGNATURE  
医師氏名署名

INSTITUTION & ADDRESS  
検査施設名と住所

STAMP  
印



外語ビジネス専門学校  
COLLEGE of BUSINESS and COMMUNICATION