

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

氏名	性別 Sex	男 Male	女 Female
Name (ローマ字)	生年月日 Date of Birth	年 月 日	生まれ
現住所 Present Address			
身長 Height cm	血圧 Blood Pressure		
体重 Weight kg	_____ / _____ mmHg		
胸部X線検査 Chest X-ray Examination	間接撮影 (35. 60. 70. 100) Indirect	直接撮影 Direct	
所見 Findings	正常 Normal	異常 Abnormal	
撮影年月日 Date of Examination _____			
備考 Remarks			
総括的健康状態 General Physical Condition	良 Good	可 Fair	不可 Poor
診断日 Date of the above diagnosis _____	医師署名 Signature of Physician		
	医師名 Name(type of print)		
	医療機関名および所在地 Name and address of medical facility		