

# 健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

氏名		生年月日 Date of Birth		
		年 月 日 生まれ		
Name (ローマ字)				
現住所 Present Address				
身長 Height		血圧 Blood Pressure		
· cm				
体重 Weight		/ mmHg		
· kg				
尿検査				
Urinalysis 蛋白 - ± 1+ 2+ 3+ 糖 - ± 1+ 2+ 3+				
Protein Glucose				
胸部X線検査		間接撮影 (35. 60. 70. 100)		直接撮影
Chest X-ray Examination		Indirect		Direct
所見		正常		異常
Findings		Normal		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		医師署名		
Date of the above diagnosis		Signature of Physician		
_____				
医療機関名および所在地		医師名		
Name and address of medical facility		Name (Type of Print)		