



健康診断書 MEDICAL CERTIFICATE

氏名 Name		性別 女 Sex female	生年月日 Date of Birth
身長 Height		c m	胸部レントゲン撮影 Chest X-ray 間接 <u>No</u> Indirect Radiography 直接 Direct Radiography 所見 Findings
体重 Weight		k g	
脊椎の疾病及び異常の有無 Spinal Disease or Deformity			
胸郭の疾病及び異常の有無 Thoracic Disease			
視力 Visual acuity	右 Naked Vision (Corrected Vision) (R) ()		
	左 Naked Vision (Corrected Vision) (L) ()		
聴力 Hearing Acuity			
目の疾病及び異常の有無 Ophthalmopathy			
耳鼻咽喉疾患及び皮膚疾患の有無 Otopathy Rhinopathy Laryngopathy Dermopathy			
心臓の疾病及び異常の有無 Cardiopathy			
貧血検査 (血液) Anemia			
検尿 Urine Examination	糖 Urine Sugar 蛋白 Protein in Urine		

上記のとおり診断します。

I performed the diagnosis as stated above for _____.

署名 Signature _____

日付 Date _____