

城西大学
健康診断証明書

※ 受験番号

注意:健康診断は胸部X線検査を含め、12か月以内のものに限る。
Note:The physical examination including chest X-ray examination
must have been taken within 12 months of the date of submission.
※城西大学の在籍者は、本学発行の証明書でも可。

氏名 Full Name	生年月日 Date of Birth
-----------------	-----------------------

診断事項 Medical Items			
身長 Height	cm	体重 Weight	kg
エックス線像 X-Rays		視力 Eye Sight	右 Right ・ (・)
直接撮影 Direct radiography	正常 Normal	異常 Abnormal	左 Left ・ (・)
Date. 		聴力 Hearing	右 Right
			左 Left
		尿検査 Urinalysis	蛋白 Protein
所見 Findings			糖 Glucose
			潜血(A) Bloody urine
		その他の 疾病及び 異常 Any Other Diseases	

私が診断いたしました結果、健康状態は _____ であります。

In my opinion the general state of the applicant's health is _____

優 良 可 不可

Excellent Good Fair Poor

上記の通り相違ないことを証明いたします。
I hereby certify the above statement to be true.

診断日
Date of Examination _____

検査施設名及び住所
Institution and Address _____

医師氏名署名
Full Name and Signature of Doctor _____

印
Stamp