


# 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.  
 ※城西大学および城西短期大学の在籍者は、本学発行の証明書でも可。

|                 |  |                       |  |
|-----------------|--|-----------------------|--|
| 氏名<br>Full Name |  | 生年月日<br>Date of Birth |  |
|-----------------|--|-----------------------|--|

| 診 断 事 項    Medical Items  |  |  |                       |
|---|--|--|-----------------------|
| 身長<br>Height  | cm   | 体重<br>Weight                             | kg                    |
| エックス線像 X-Rays   |  | 視力<br>Eye Sight                          | 右<br>Right            |
| 直接撮影<br>Direct radiography  | 正常                  異常<br>Normal                  Abnormal |  | 左<br>Left             |
| Date. _____<br><br> |  | 聴力<br>Hearing                            | 右<br>Right            |
|   |  |  | 左<br>Left             |
| 所見<br>Findings  |  | 尿検査<br>Urinalysis                        | 蛋白<br>Protein         |
|   |  |  | 糖<br>Glucose          |
|   |  |  | 潜血(A)<br>Bloody urine |
|   |  | その他の<br>疾病及び<br>異常<br>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