

B.入学志願者健康診断書

Physical Examination Certificate

※Examination Number

Josai International University
城西国際大学

Name 氏名			判定	no need to exam reexamination close exam 検査不要・再検査・要精密	
Date of birth 生年月日	Year 年	Month 月	Day 日生	<input type="checkbox"/> Male 男	Nationality 国籍
Address 現住所					
エックス線検査	Date of Examination 撮影 年 月 日		Eye sight 視力	右 R	(Without Glasses) 裸眼 (With Glasses) 矯正 · (·)
	Direct Indirect No. 直接・間接 _____			左 L	(Without Glasses) 裸眼 (With Glasses) 矯正 · (·)
Chest X-ray Exami- nation	Describe the condition of applicant's lungs. 所見		Hearing 聴力	右 R	<input type="checkbox"/> (Normal) 正常 <input type="checkbox"/> (Abnormal) 異常
				左 L	<input type="checkbox"/> (Normal) 正常 <input type="checkbox"/> (Abnormal) 異常
Please describe in detail if you find any disease. その他の疾病及び異常					
Please diagnose the applicant's health and physical conditions. 医師所見					
I hereby certify that the above diagnosis is true and correct. 診断の結果上記のとおり相違いないことを証明する。 年 月 日 Date of Examination					
Physician's Address 住所(所在地)					
Name of the Clinic 医療機関名			印		
Name of Physician 医師名			Physician's Signature		