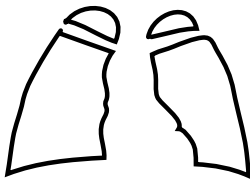


※ 受験番号  
Examination number

# 入学志願者健康診断書

Physical Examination Certificate

城西国際大学  
Josai International University

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