

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

氏名 Name of Applicant:

First name Middle name Family name

性別 Sex 男 Male 女 Female

生年月日 Date of Birth (dd/mm/yyyy) : _____ 年齢 Age : _____

申請者の胸部について胸部X線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること(X線は入学予定年の6月1日以降に撮影されている必要があります)。

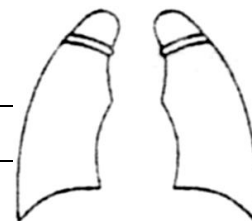
Please describe the results of the examination of the applicant's chest X-ray (X-ray must be taken **after June 1st of the year the applicant will enroll at KUAS**).

Date of Chest X-ray Examination: (dd/mm/yyyy) : _____

Result:

正常 Normal

異常 Impaired →異常がある場合 Please describe the condition of applicant's lung.



現在治療中の病気 Diseases Treated at Present

No

Yes (Name of Disease : _____)

現在服用中の薬 Medications Taken at Present

No

Yes (Name of Medications : _____)

既往症 History of Previous Diseases

No

Yes (Name of Medications : _____)

日付 Date (dd/mm/yyyy) : _____

医師氏名 Physician's Name : _____

署名 Signature of Physician : _____

検査施設名 Name of Office / Institution: _____

所在地 Address of Office / Institution: _____