

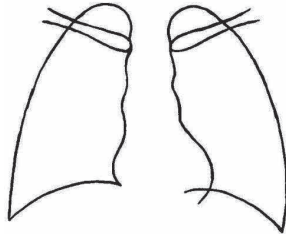
健康診断書

health certificate

すべて医師に記入してもらうこと (to be filled out by physician)

受付コード

受験番号

ふりがな 氏名 Name		男 male	<input type="checkbox"/>	生年月日 Date of birth	年 月 日 Year Month Day
		女 female	<input type="checkbox"/>	国籍 Nationality	
胸部X線検査	撮影年月日 Date of examination	年 月 日 Year Month Day	所見 Describe the condition of lungs 1. なし <input type="checkbox"/> None 2. あり <input type="checkbox"/> Yes		
主な既往歴 Past medical history	1. 特筆すべきものなし <input type="checkbox"/> None 2. あり <input type="checkbox"/> Yes ()				
その他の所見 other					
志願者の既往歴・診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は学業を十分に続けられるものと思われますか? In view of the applicant's history and the above findings, Is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
総合判定 Grading	1. 健康 (Normal) <input type="checkbox"/> 2. 要観察 (Observation needed) <input type="checkbox"/> 3. 要治療 (Requiring medical treatment) <input type="checkbox"/>				
上記の通り診断します。 年 月 日 Year Month Day 名称 (Office/Institution) 所在地 (Address) 電話 (tel.) 医師の署名 (Physician's Signature)					

学校法人 電子学園

日本電子専門学校