

(※) FOR OFFICE USE ONLY

※受験番号 Application No.

# 健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

福岡女学院大学  
FUKUOKA JO GAKUIN UNIVERSITY

(医師が記入のこと) (To be completed by the examining physician)

氏名 Name	Family name	First name	生年月日 Date of Birth	
------------	-------------	------------	-----------------------	--

身長 Height	cm	体重 Weight	kg
--------------	----	--------------	----

聴力 Hearing		血圧 Blood pressure	~	mmHg
---------------	--	----------------------	---	------

視力 Eyesight	(R)	(L)	矯正視力 With glasses	(R)	(L)
----------------	-----	-----	----------------------	-----	-----

X線検査 X-ray examination  
所見 Describe in detail the conditions of the applicant's lungs

(撮影年月日 Date of examination: )

既往症及び身体障害 Medical history and physical disabilities

その他 Any other remarks

診断結果(該当事項に印をつける) The applicant's health and physical condition:(please check)  
( ) 優 Excellent ( ) 良 Good ( ) 可 Fair ( ) 虚弱 Poor

上記の通り相違ないことを証明する。I hereby certify the above statements.

日付  
Date of examination \_\_\_\_\_

検査施設名及び住所  
Institution & address \_\_\_\_\_

氏名及び署名  
Name & signature of doctor \_\_\_\_\_



Stamp