京都産業大学 健康診断証明書

Kyoto Sangyo University CERTIFICATE OF HEALTH

*To be completed within 6 months prior to planned arrival in Japan

*To be complete in either **ENGLISH or JAPANESE ONLY**

出願者氏名 Name of Applicant	**性別 Sex**	**生年月日 Date of Birth** / / Month Day Year	**年齢 Age**

現住所 Present Address

Telephone **E-mail**

身長 Height ・ cm	**視力 Vision** 裸眼 Correcting lenses not required 矯正 Uses correcting lenses 右 Right _____ 左 Left _____
体重 Weight ・ kg	
聴力 Hearing 右 Right 左 Left	

胸部X線検査 Chest X-ray Examination

可能なら、異常所見があればFilmを添付してください。Where possible, films should be submitted to KSU only in the case of abnormalities being present.

撮影年月日 Date of Examination 間接 Indirect ・ 直接 Direct

/ / 所見 Findings _____

Month Day Year _____

検尿 Urinalysis 蛋白 Albuminuria（ ）糖Glycosuria（ ）潜血Occult Blood（ ）

主な既往症 Previous Illness

Does the applicant live with any physical or learning disabilities? If yes, please provide details
何か身体的、学習的な障害はありますか。あれば、詳細を記入してください。

Is the applicant registered with or known to live with any form of mental illness
精神的な障害はありますか？あれば、詳細を記入してください
Yes ( ) No ( )
If yes, please provide details:

その他特記事項 Other Remarks

診断日 Date examination (Year Month Day) / /

医師名 Name of Physician (Type or Print)

_____

医師著名 Signature of Physician

_____

医療機関名及び所在地 Name and Address of Medical Facility

_____

_____

_____