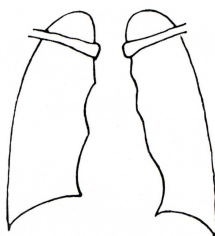


# 佛教大学健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH BUKKYO UNIVERSITY

氏名 Name	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female		
生年月日 Date of birth	年 Year	月 Month	日 Day	年齢 (      ) Age (      )
I 身長/Height : _____ cm		体重/Weight : _____ kg		
視力/Vision : 右 Right _____ 矯正(      )		聴力/Hearing : 右 Right _____		
左 Left _____ 矯正(      )		左 Left _____		
血圧/Blood pressure : _____ / _____ mmHg				
運動機能/Locomotive system : _____				
言語/Speaking : _____				
II 既往症/Medical history				
III 胸部エックス線検査/Chest X-ray examination				
所見/Findings				
撮影年月日 Date of examination :				
IV 検尿/Urinalysis				
尿蛋白/Albuminuria (-・±・+・++)		尿糖/Glucosuria (-・±・+・++)		潜血/Occult Blood (-・±・+・++)
V 内科検査/Physical examination				
所見/Finding :				
VI その他の特記事項/Another remarks :				
VII 総括的健康状態/General state of physical condition :				
<input type="checkbox"/> 良 Good		<input type="checkbox"/> 可 Fair		<input type="checkbox"/> 不可 Poor

医師署名/Examined by : \_\_\_\_\_ M.D.  
(Signature)

住所/Address :

診断年月日/Date :