(※)FOR OFFICE USE ONLY

第一薬科大学大学院 薬学研究科 薬学専攻 博士課程

健　康　診　断　書

CERTIFICATE OF HEALTH

|  |
| --- |
| ※受験番号Application No. |

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します。　I hereby certify the above statements日付Date of examination　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査施設名および住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Institution and address　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印Stamp氏名および署名Name and signature of doctor　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |