

大 谷 大 学  
Otani University  
Kyoto, Japan  
健康診断証明書  
MEDICAL CERTIFICATE

※記入しないでください

Please fill out this form in Japanese or English. (日本語、もしくは英語で記入してください。)

志願者名 Name of applicant ローマ字(ハッポート表記)  _____, _____, _____ (Family) (First) (Middle)			性別 Sex	生年月日 Date of birth  _____, _____, _____ (Year) (Month) (Day)	年齢 Age
国 籍 Nationality		現 住 所 Present address			
身 長 Height  cm		内科所見 Physical examination findings			
体 重 Weight  kg					
視 力 裸 眼 矯 正 Vision Without glasses With glasses 右 Right ( ) 左 Left ( )					
聴 力 Hearing  右 Right 左 Left		現 病 歴 Present illness			
胸部X線検査 所 見 Chest X-ray Finding		既 往 症 Past history			
検 尿 Urinalysis 蛋白質 Protein 糖 Sugar		備 考 Remarks			
診 断 日 Date of report _____ , _____ , _____ (Year) (Month) (Day)					
<div>(signature)</div> <div>医師名 Name of physician _____</div> <div>医療機関名及び所在地 Name and address of medical facility _____</div>					