

**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(パスポート表記)  _____, _____, _____ (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 Chest X-ray	所見 Finding	既往症 Past history	
検尿 Urinalysis		備考 Remarks	
蛋白質 Protein		糖 Sugar	
診断日 Date of report _____, _____, _____ (Year) (Month) (Day)			
医師名 Name of physician _____			(signature)
医療機関名及び所在地 Name and address of medical facility _____			