(※)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 | | | | | |