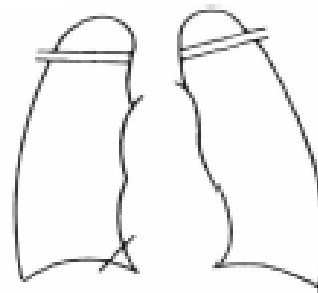


# Foreign Exchange Student Applicant's Health Certificate

Japan Women's University

## 日本女子大学外国人交換留学生入学志願者健康診断書

Choice of Dept. 志望学科		Dept. 学科	※ No.
Name 氏名		Last school graduated 最終出身学校	Year      Month      for graduation 年      月      卒業・卒業見込
Date of Birth 生年月日	Year      Month      Date 年      月      日生		
Address 現住所	phone 電話		
<b>Diagnosis</b> 診断事項			
height 身長	·      cm	weight 体重	·      kg
vision 視力	right      ·      (      ·      ) lenses or glasses	chest x-ray	direct      indirect 直接      間接      No.
	left      ·      (      ·      ) lenses or glasses	X 線 検 査	
hearing 聴力	right normal      slight hard      hard of hearing      of hearing 異常なし・軽度難聴・難聴		
	left normal      slight hard      hard of hearing      of hearing 異常なし・軽度難聴・難聴		findings 所見
past history 主な 既往症			
comments その他の診断事項			
Date: Year      Month      Date 年      月      日	I certify that the above diagnosis is accurate. 診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。		
Address 住所 (所在地) Institution 医療機関名 Dr.'s Name and signature 医師の氏名			