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	iii No.
Name 氏 名 Date of Birth 生年月日		st sch ool graduated }終出身学校	Year Month for graduation 年 月 卒業・卒業見込
Address 現 住 所	phone 電 話		
Diagnosis 診 断 事 項			
height 身 長		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	
hearing 聴 カ	right slight hard hard normal of hearing of hearing 異常なし・軽度難聴 ・ 難聴	查	
	left slight hard hard normal of hearing of hearing 異常なし・軽度難聴 ・難聴		Date taken: Year Month Date 撮影 年 月 日 findings 所 見
past history 主 な 既往症			
comments その他の診断事項			
Date: Year Month Date 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			