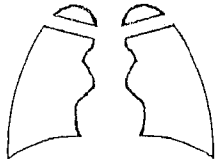


# 健康診断書

## Medical Certificate

氏名 Name in Full ローマ字 In Roman Letters			
国籍 Nationality		性別 Sex	男 女 Male Female
生年月日 Date of Birth	Year Month Day	年齢 Age	
既往歴 Anamneses		胸部 エックス線 検査 X-ray of Chest	
自覚症状 Subjective Symptoms			
身長 Height		医師 氏名印 Doctor's Signature	年 月 日
体重 Weight			
視力 Seight	右 Right		
	左 Left		