

(様式2)

## 愛知教育大学交換留学生(特別聴講学生) 健康診断書

フリガナ		生年月日	
氏名		性別	
現住所	〒 電話		
身長	cm	既往症	
体重	kg		
視力	右 ( )	その他の 疾病及び 異常	
	左 ( )		
聴力	右		
	左		
胸部 所見	聴診	診断医 所見	健康状態: <input type="checkbox"/> 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可  所見:
	エックス線診断 撮影年月日 年 月 日 撮影番号 No. 所見		
診断の結果, 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 〒 電話 医療機関名 医師 職・氏名 <span style="float: right;">印</span>			

(Form 2)

## AUE Student Exchange Program Certificate of Health

\* To be filled out by physician only

Full name in katakana		Date of birth	Yr	/Mth	/Day
Full name		Sex			
Present Address	Address (including zip code):  Telephone:				
Height	cm	History of past illness			
Weight	kg				
Eyesight	R	(       )	Any other illness or abnormality		
	L	(       )			
Hearing	R				
	L				
Chest exami- nation	Stethoscopy		Physician's comment	Condition of health: <input type="checkbox"/> Excellent <input type="checkbox"/> Good <input type="checkbox"/> Fair <input type="checkbox"/> Poor	
	X-ray diagnosis	Date taken: Yr    /Mth    /Day  Film number:  Comment:		Comment:	

**I hereby certify the above statement to be true and correct.**

Date: Year \_\_\_\_\_ /Month \_\_\_\_\_ /Day \_\_\_\_\_

Address of Medical Institution :

Telephone :

Name of Medical Institution :

Physician's Full Name and Position/Title :

Physician's Signature or Seal :