Student Physical Examination Report

(to be completed by a physician) 医師によるご記入をお願いいたします。

Student name（生徒氏名）: _____ _____ Gender（性別）: ☐ M（男子） ☐ F（女子）
(last: 姓) (first: 名)

Date of examination（受診年月日）: _____/____/____

Birth date（生年月日）: _____/_____/_____ Grade（学年）: _____ Age（年齢）: _____

Height（身長）		cm
Weight（体重）		kg
Vision（視力）	Right（右）	
	Left（左）	
Hearing（聴力）	Right（右）	
	Left（左）	
Ear/Nose/Throat（耳鼻のど）		
Urinalysis（尿検査）	Protein（尿蛋白）	
	Urine sugar（尿糖）	
	O.B.（尿潜血）	
Developmental assessment（発育･健康状態）		
Nutritional status（栄養状態）		

Additional Notes（その他の所見）

_____

_____

Doctor's Address（医師の住所）: _____

Telephone（電話番号）: _____ Fax（ファックス番号）: _____

Doctor's Name（医師名）: _____

Doctor's Signature（医師の署名）:_____ Date（日付）: _____

3-49-1, Kurakake, Asakita-ku, Hiroshima 739-1743, Japan
Tel: +81-82-843-4111 Fax: +81-82-843-6399
E-mail: hisadmin@hiroshima-is.ac.jp Web page: http://www.hiroshima–is.ac.jp