

11歳未満児童 健康診断書
Certificate of Medical Health Evaluation
(For children under 11 years old)

発行年月日
Date of issue _____

氏名
Name _____
生年月日 性別
Date of Birth _____ Sex _____
パスポート番号 国籍
Passport No. _____ Nationality _____

上記の者に関する健康診断を行った結果は下記のとおりである。よって、この診断書を発行する。

This is to certify the following results which have been undergone from the above-mentioned person.

Height 身長	
Weight 体重	
Temperature 体温	
Chest examination 胸部検査	
Present clinical evaluation 現在の健康状態	

医療機関名 Medical institution _____
住所 Address _____
電話番号 Telephone number _____
医師サイン Signature of the doctor _____

Doctor or
Clinic Seal
印