



Physical 健康診断書

Required for all new students and all OCSI athletic team members and is valid for one (1) year from the date of the evaluation. This form must be on file in the school office before participation in athletics. 新入生は受診1年以内の健康診断書を提出してください。この用紙はスポーツ(部活)に参加する前に提出しなければなりません。

***Please write all responses in English if possible. 英語又はローマ字で記入してください。**

Student's Name 生徒名:			
Birth Date 生年月日:		Age 年齢:	Grade 学年:
Sex 性別:	[] Male 男 [] Female 女	Height 身長: [] Inches [] Cm.	
		Weight 体重: [] Lbs. [] Kilos	

I. MEDICAL	Normal	Abnormal Findings	Initial
Eyes/Ears/Nose/Throat 眼、耳、鼻、喉			
Lymph Nodes リンパ腺			
Heart 心臓			
Pulses 脈拍			
Lungs 肺			
Abdomen 腹部			
Genitalia (males only) 生殖器 (男子のみ)			
Skin 肌			
II. MUSCULOSKELETAL	Normal	Abnormal Findings	Initial
Neck 首			
Back 背中			
Shoulder/Arm 肩、腕			
Elbow/Forearm 肘、前腕			
Wrist/Hand 手首、手			
Hip/Thigh 腰、大腿部			
Knee 膝			
Leg/Ankle 足、足首			
Foot 足 (くるぶしより下の部分)			
III. CONDITIONS	Yes	No	Comments
Allergies アレルギー		/	
Medications 薬		/	
Dietary 食事		/	
Restrictions 制限		/	
Chronic Conditions 慢性状態		/	
Diabetes 糖尿病		/	
Asthma 喘息		/	

Is student fit for normal physical education? 体育の授業に参加してよいか

[] Cleared for physical education 参加可 [] Not Cleared for physical education 参加不可

Competitive athletics? 対抗競技に参加してよいか

[] Cleared for competitive athletics 参加 [] Not cleared for competitive athletics 参加不可

TUBERCULOSIS SCREENING 結核スクリーニング *Choose one どちらか1つ

SKIN TEST/ツベルクリン反応 X-RAY/レントゲン検査

FINDINGS/RESULT 検査結果 Satisfactory/negative 陰性 Unsatisfactory/positive 陽性 _____

REMARKS 備考 _____

DOCTOR'S NAME & SIGNATURE (Print) (or stamp) 医師名及び署名捺印 _____

NAME OF HOSPITAL/CLINIC 病院名: _____ **Date of Examination 検査日:** _____