



# Student Medical Examination

This form must be submitted before student's first day at BST  
 BST 入学初日までに必ず提出してください

**Note to Parents:** This form should be completed by a doctor. You may use a similar form provided by your doctor.

医師による診断書を提出して下さい。同様のものであれば、別の医療機関等による用紙でもかまいません。

日本のお医者様へ： 我が校では、校医がおりませんので、学校健康診断を一般の医療機関にお願いしております。もし、異常が見つかりましたら、治療、再検査等のご指導、専門の医療機関等への紹介をよろしくお願いいたします。

Pupil's Name 児童の氏名			
Gender 性別	M / F	Date of Birth 生年月日	dd/mm/yyyy
Normal temperature 平熱			
Height 身長		Weight 体重	

	Normal	Abnormal
Skin 皮膚		
Head & Neck		
Eye sight ( with glasses/ without glasses) 視力( 眼鏡あり/眼鏡なし)	Right 右	Left 左
Hearing test 聴力	Right 右	Left 左
Ears 耳		
Nose, Throat 鼻, 咽喉		
Mouth/Teeth/Gums 口、歯、歯茎		
Chest/Lungs 肺		
Heart 心臓		
Abdomen 腹部		
Musculo-Skeletal 筋肉、骨格		
Scoliosis 背骨		
Lymph-nodes		
Nutrition 栄養		

Chest X-ray for Y12 students
Electrocardiogram (ECG) for Y2 students
Other physical limitations, activity restrictions, etc. Please specify. 健康上、及び運動するに当たっての制約がある場合は、具体的に記載してください。
Urine check: <ul style="list-style-type: none"><li>- Protein</li><li>- Glucose</li><li>- Occult blood</li></ul>
Comments 所見

On the basis of this examination I approve this pupil's participation in school activities.

この健康診断の結果、この生徒の学校行事への参加を認めます。

**Clinic where check-up took place:**

健診を受けた医療機関名

---

**Physician's Signature:**

医師の署名

**Date:**

日付

---