

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

神戸松蔭大学大学院
外国人留学生 志願者用

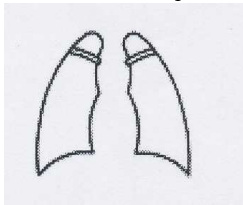
日本語または英語により明確に記載してください。Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 _____
Name: _____
姓 Family name 名 First name Middle initial
□男 Male 生年月日 _____
□女 Female Date of Birth _____
年 year 月 month 日 day

1. 身体検査 Physical Examination

- (1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
Height Weight
- (2) 血圧 _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型 _____
Blood Pressure Blood Type
A B O RH + -
脈拍 □整 Regular
Pulse □不整 Irregular
- (3) 視力
Eyesight: (R) _____ (L) _____
裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or contact lenses
色素異常の有無 □正常 Normal
Color blindness □異常 Impaired
- (4) 聴力 □正常 Normal 言語 □正常 Normal
Hearing: □低下 Impaired Speech: □異常 Impaired

2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること。(6ヶ月以上前の検査は無効。)
Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest X-rays (X-rays taken more than six months prior to the certification are NOT valid).



肺 □正常 Normal
Lungs: □異常 Impaired

心臓 □正常 Normal
Cardiomegaly: □異常 Impaired

←Date _____
Film No. _____

Describe the condition of applicant's lungs.

異常がある場合

心電図 Electrocardiograph: □正常 Normal
□異常 Impaired

3. 現在治療中の病気 □Yes (Disease _____)
Disease currently being treated □No

4. 既往症

Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery

(If the applicant has not contracted any of the disease, please check "None".) (いずれも該当しない場合は、なしにチェックすること。)

Tuberculosis ___ □ (. . .) Malaria ___ □ (. . .) Other communicable disease ___ □ (. . .)
Epilepsy ___ □ (. . .) Kidney-Diseases ___ □ (. . .) Heart disease ___ □ (. . .)
Diabetes ___ □ (. . .) Drug allergy ___ □ (. . .) Psychosis ___ □ (. . .)
Functional disorder in extremities ___ □ (. . .)

None ___ □

5. 検査 Laboratory tests

検尿 Urinalysis: glucose (), protein (), occult blood ()

赤沈 ESR: _____ mm/Hr, WBC count: _____ /cmm 貧血 anemia □

Hemoglobin: _____ gm/dl, GTP: _____

6. 診断医の印象を述べて下さい。(問題がない場合も、その旨ご記入ください。)

Please give your impression of the applicant's health. (If you do not have a particular opinion, please write as such.)

7. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えうるものと思われますか?

In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

Yes □ No □

日付 _____ 署名 _____
Date: _____ Signature: _____

医師氏名
Physician's Name in Print: _____

検査施設名
Office/Institution: _____
所在地
Address: _____