

健康診断書

Health Certificate

この健康診断書は、留学生活に影響をもたらす可能性のある健康上の問題について、事前に把握するためのものです。交換留学の可否に影響はありません。診断項目は英語か日本語ですべて記入してください。

It is important that we be made aware of any medical or emotional problems which might affect you during your stay. It will not affect your admission into the program. Please complete all or address all the diagnosis items in English or Japanese.

名 前: _____ ☐ 男性 ☐ 女性
Name: _____ Male Female
姓 Family / 名 First / ミドルネーム Middle (if any)

生年月日: 月 日 年 年齢 ☐ 独身 ☐ 既婚
Date of Birth: Month Day Year (Age) Single Married

1. 身体検査

Physical Examinations

身長: _____ 体重: _____ 血圧: _____
Height: _____ cm Weight: _____ Kg Blood Pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg

血液型: _____ 脈拍: _____ 分 ☐ 整 regular
Blood Type: A B O AB RH + - Pulse Rate: _____ min ☐ 不整 irregular

視力: _____ 色覚異常の有無: ☐ 正常 normal
Eyesight: (R) (L) (R) (L) Color Blindness ☐ 異常 impaired
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses

聴力: ☐ 正常 normal 言語: ☐ 正常 normal
Hearing: ☐ 低下 impaired Speech: ☐ 異常 impaired

2. アレルギー

Allergies

薬のアレルギー

Allergies to Medications: _____

食品のアレルギー

Allergies to foods: _____

その他のアレルギー

Allergies- Others: _____

3. 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 か月以上前の検査は無効)。

Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant's chest x-ray (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).

肺: ☐ 正常 normal 心臓: ☐ 正常 normal
Lung: ☐ 異常 impaired Heart: ☐ 異常 impaired

Date _____ Film No. _____

Describe the condition of applicant's chest: _____

4. 検査

Laboratory tests

検尿: 糖 蛋白 潜血
Urinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()

赤沈 ESR: _____ mm/Hr, WBC count: _____ /ml, RBC count: _____ $\times 10^4$ /ml, Hemoglobin: _____ mg/dl,

5. 既往症

Medical History

☐ ADHD(Attention Deficit/Hyperactivity Dis.), ☐ 貧血 Anemia, ☐ 摂食障害 Anorexia/ Bulimia/ Eating Problems
☐ 喘息 Asthma, ☐ ひきつけ、てんかん Convulsions, Seizures(epilepsy), ☐ 糖尿病 Diabetes
☐ 心臓病 Heart Disease, ☐ 高血圧 High Blood Pressure, ☐ うつ Prolonged Depression or Anxiety
☐ 腎臓病 Renal Disease, ☐ 結核 Tuberculosis, ☐ 肝炎 Viral Hepatitis (Specify- A,B) ☐ HIV/AIDS

Please comment on any checked answers listed above: _____

6. 心身の疾病または障害に関する所見

☐ Yes

Are there any physical or mental conditions that may limit the student's ability to study?

☐ No

有の場合、具体的に症状を記入してください。

If "Yes", please describe the conditions in detail. _____

7. 現在治療中の病気

☐ Yes

(Disease: _____)

Under Medical Treatment

☐ No

8. 総合的所見

Please describe the results of the medical examination specifically.

9. 本人の健康状態は身体的、精神的に1年から1年半の日本留学に支障が無いと思われますか。いいえの場合、具体的な理由を述べてください。

Is it your observation his/her health status is physically and mentally adequate to pursue studies in Japan for one or one and half year? If "No", please describe the reason.

☐ Yes

☐ No

記載事項に誤りがないことを証明します。

I hereby certify that all the information given is correct.

日付：

Date _____

署名：

Signature _____

医師氏名：

Physician's Name in Print _____

検査施設名：

Office/ Institution: _____

所在地：

Address: _____