

健康診断書

Health Certificate

この健康調査票は、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。交換留学の合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 physical or psychological medical conditions which might affect this student during their study abroad program. It will not affect your admission into the program. Please complete all the following items (in English or Japanese) to the best of student's abilities.

学生の氏名 Student's Name:	姓 <i>family</i>	名 <i>first</i>	ミドルネーム <i>middle (if any)</i>
生年月日 Date of Birth:	month	day	year
年齢 Age:			
	<input type="checkbox"/> 男性 Male	<input type="checkbox"/> 女性 Female	<input type="checkbox"/> その他 Others
	<input type="checkbox"/> 独身 Single	<input type="checkbox"/> 既婚 Married	

以下は医師が記入する必要があります。
The following is to be completed by a physician.

1. 身体検査

Physical Examinations

身長: Height:	cm	体重: Weight:	Kg	血圧: Blood Pressure:	mm/Hg~	mm/Hg
血液型: Blood Type:	A	B	O	AB	RH	+ / -
視力: Eyesight: (R)	(L)	(R)	(L)	脈拍: Pulse Rate:	分 min	<input type="checkbox"/> 整 Regular
裸眼 <i>without glasses</i>	矯正 <i>with glasses or contact lenses</i>			色覚異常の有無: Color Blindness:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired
聴力: Hearing:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 低下 Impaired	言語: Speech:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 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

Other allergies:

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 provide information regarding the results of the student's chest X-ray below (X-rays taken more than 6 months prior to the date of signature on this certification is not valid).

肺: Lung:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Irregular	心臓: Heart:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Irregular
日付 Date of X-ray:	month	day	year	Film No.:	

備考

Details:

裏面に続く

Continued on back page →

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

- ☐ 貧血 Anemia ☐ 摂食障害 Anorexia/Bulimia/Eating Disorder ☐ ひきつけ、てんかん Convulsions, Seizures (Epilepsy)
☐ 喘息 Asthma ☐ 糖尿病 Diabetes ☐ HIV/AIDS
☐ 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: _____)
☐ 発達障害 Developmental Disabilities (ADHD/ASD/LD/Other) ☐ その他 Other: _____

6. 心身の疾病または障害に関する所見

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

☐ はい ☐ いいえ
Yes No

有の場合、具体的に症状を記入してください。

If "Yes", please provide details detail: _____

7. 現在治療中の病気

Does the student have any medical conditions currently being treated?

☐ はい ☐ いいえ
Yes No

服用中の薬があれば薬の名前を記入してください。

Write the name of any medicine the student is taking: _____

8. 総合的所見

Please provide any supplementary information regarding the results of the student's medical examination below.

9. 本人の健康状態は身体的、精神的に1年間以上の日本留学に支障が無いと思われますか。

Is it your observation that the student's condition is physically and mentally adequate to pursue studies in Japan for over one year?

☐ はい ☐ いいえ
Yes No

「いいえ」の場合は、理由を具体的に記入してください。
If "No", please describe the reason.

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.

署名:

日付: month day year

Signature: _____

Date: ____月____日____年

医師氏名:

Physician's Name in Print: _____

検査施設名:

Office / Institution: _____

所在地:

Address: _____

※上記医療個人情報は学校法人専修大学において適切に管理し、本人の許可なく第三者へ開示・提供することはありません（法令等により開示を求められた場合を除く）。

The above-written medical and personal information is to be properly managed by Senshu University and will not be disclosed or provided to a third party without the permission of the individual (except when disclosure is required by law).