

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。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. Please complete all the following items (in English or Japanese) to the best of your 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:	____月____日____年	年齢 Age:	_____
	<i>month day year</i>		
		<input type="checkbox"/> 男性 Male	<input type="checkbox"/> 女性 Female
		<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 +/-	脈拍: Pulse Rate:	_____ min	<input type="checkbox"/> 整 Regular	<input type="checkbox"/> 不整 Irregular
視力: Eyesight:	(R) _____ (L) _____ 裸眼 <i>without glasses</i>	(R) _____ (L) _____ 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: ____月____日____年

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: _____×10⁴/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: _____)
ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) 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 Yes いいえ 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 Yes いいえ 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年間の日本留学に支障が無いと思われませんか。

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

はい Yes いいえ 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).