

健康診断書 Certificate of Health

注意事項 NOTE この健康診断書は、現在の健康状態で問題なく留学生活を送れるかどうかを把握するためのものです。 *医師に診断を受け正確に記入してもらってください。感染症の免疫が確認できない場合にはワクチン接種を強く推奨します。 The purpose of this form is to understand the student's health conditions that may affect his/ her studies before he/she comes to Japan. *This form must be completed by a medical physician. If a student does not have antibodies against the infectious diseases listed below, we strongly recommend that he/she gets vaccinated.	
--	--

学生氏名 Student's Name		姓 Family		名 Given		ミドルネーム Middle	
原籍大学 Home University							
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	yy / mm / dd		国籍 Nationality		
身長 Height	cm	体重 Weight	kg				

視力 Eye-sight	左 (L) _____ 右 (R) _____		<input type="checkbox"/> 裸眼 Without glasses or contact lenses
			<input type="checkbox"/> 矯正 With glasses or contact lenses
聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		
胸部 X 線検査 Chest X-ray	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired 撮影日 Date (yy)年 (mm)月 (dd)日		
	所見があれば記入してください。 Describe the condition in detail.		

感染症などの病歴について Record of infectious diseases and immunization 以下の感染症にかかったこと、および予防接種を受けたことがありますか。 Has the student ever had the following diseases and/or received vaccination?			
麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated
	Date of Recovery/Vaccination: / /		Date of Recovery/Vaccination: / /
流行性耳下腺炎 Mumps	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	水痘 Varicella	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated
	Date of Recovery/Vaccination: / /		Date of Recovery/Vaccination: / /

学業上配慮すべき健康上の問題 Medical conditions which might affect the student's academic performance 心身の疾病または障害に関する所見 Are there any physical or mental conditions that may limit the student's ability to study? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 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.	
食物・薬物アレルギーがあれば記入してください。 Does the student have any food or drug allergies? If "Yes", please describe.	
常用している薬があれば記入してください。 Does the student take any drugs regularly? If "Yes", please describe.	

既往症・現在罹患している病気 History of present or past illness 既往症・現在罹患している病気の有無を✓で記入してください。治療している場合は日付を記入してください。 Please indicate with a ✓ and fill in the date of recovery.									
	Under treatment	Under observation	Recovered	Recovered date(yy/mm/dd)		Under treatment	Under observation	Recovered	Recovered date(yy/mm/dd)
心疾患 Heart disease				/ /	糖尿病 Diabeets				/ /
肺結核 Tuberculosis				/ /	てんかん Epilepsy				/ /
喘息 Asthma				/ /	Others				
腎疾患 Kidney disease				/ /					/ /

診療医の印象を述べてください。 Please describe physician's impressions	
この方の既往歴、診療、検査の結果から判断して、現在の健康状況は充分に日本の滞在に耐えるものと思われますか。 In the view of this individual's history and the above findings, is it your observation that his or her health status is adequate for life in Japan? <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No	
日付: Date(dd/mm/yy): / / 署名: Signature: 医師氏名: Physician's Name & Title (print):	検査施設名: Office/Institution: 所在地: Address:

健康診断書に記載された氏名等の個人情報は、修学支援の目的のため学内の関係学部、学校医、その他関係者に情報を提供しますが、それ以外の目的には一切使用することはありません。
Personal information (including your name) provided in this form will be shared amongst related departments within the school, school physicians, or other affiliated parties for the express purpose of providing support to the student. It will not be used for any other purposes.