

健康診断書

health certificate

すべて医師に記入してもらうこと (to be filled out by physician)

受験番号

(記入不要です)
受付コード

ふりがな 氏 名 Name		男 male	<input type="checkbox"/>	生年月日 Date of birth	年 月 日 Year Month Day
		女 female	<input type="checkbox"/>	国籍 Nationality	
胸部X線検査 Chest X-ray	撮影年月日 Date of examination	年 月 日 Year Month Day	所見 Findings 1. なし <input type="checkbox"/> None 2. あり <input type="checkbox"/> (詳細: Yes details) 判定 Interpretation 1. 異常なし <input type="checkbox"/> Normal 2. 要観察 <input type="checkbox"/> Observation recommended 3. 要医療 <input type="checkbox"/> Medical attention recommended		
主な既往歴 Past medical history	1. 特筆すべきものなし <input type="checkbox"/> None 2. あり <input type="checkbox"/> Yes [病名: Disease]				
結核の既往歴 Past history of tuberculosis	1. なし <input type="checkbox"/> None 2. あり <input type="checkbox"/> Yes → 治療終了 <input type="checkbox"/> (終了時期 年 月) Treatment completed [Date of treatment completion: (Year/Month)] 治療中 <input type="checkbox"/> Under treatment				
現在治療中の病気 Disease treated at present	1. 特筆すべきものなし <input type="checkbox"/> None 2. あり <input type="checkbox"/> Yes [病名: Disease]				
その他の所見・特記事項 other					
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学業を十分に続けられ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 his/her health status is adequate to pursue studies ? 「いいえ」の場合、詳細を記入してください If no, please specify [はい Yes	<input type="checkbox"/>
				いいえ No	<input type="checkbox"/>
上記の通り診断します。 年 月 日 Year Month Day 名称 (Office/Institution) 所在地 (Address) 電話 (tel.) 医師の署名 (Physician's Signature)					