

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 to 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? 有 Yes 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.

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。 治癒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、現在の健康状況は十分に日本の滞在に耐えうるものと思われますか。

はい いいえ

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? Yes No

| | |
|--|---|
| 日付: Date(mm/yy/dd) : _____ / _____ / _____ 署名: Signature : _____ 医師氏名: Physician's Name & Title (print) : _____ | 検査施設名: Office/Institution : _____ 所在地: Address : _____ |
|--|---|