

北陸大学入学志願者健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

※
受験 〇〇A〇〇〇
番号

氏名 **王 大** 男 Male 生年月日

Name : _____ 女 Female Date of Birth : 19××年××月××日

国籍 **中国** 現住所

Nationality : _____ Address : 北京市〇〇区〇〇路〇〇小区〇〇棟〇〇室

1	身長/Height	cm	体重/Weight	Kg
	視力/Eyesight		聴力/Hearing	
	裸眼/Without Glasses	矯正/With Glasses	左/Left	右/Right
	左/Left	右/Right	左/Left	右/Right

2 既往症のある場合は、チェック□しその罹患時の年齢を記入する。

History of past illness : (if any, indicate it with check□and the age of contraction.)

結核 <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)	マラリア <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)	リウマチ <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic Fever
てんかん <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)
Epilepsy	Kidney Diseases	Cardiac Diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> ____ 歳(Age)
Diabetes	Allergy	Other infectious diseases

3 現在、病気にかかっている場合は、チェック□する。

Present Illness : (if any, indicate with a check□.)

扁桃腺、鼻または咽喉.....□	心臓または血管.....□
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels
胃または消化器官.....□	泌尿生殖器.....□
Stomach or Digestive System	Genito-Urinary System
脳または神経組織.....□	血液または内分泌器官.....□
Brain or Nervous System	Blood or Endocrine System
肺または呼吸器官.....□	骨、関節または運動器官...□
Lungs or Respiratory System	Bone, Joints or Locomotor System
その他内臓器官.....□	皮膚.....□
Other Abdominal Organs	Skin

4 エックス線検査

Chest X-ray Examination

健康 ...□ Normal
要観察 ...□ To be rechecked
要医察 ...□ Require medical treatment
撮影年月日
Date of Examination

所見
Remarks

5 現在の健康状況は、次のとおりである。

I diagnose that the applicant's health and physical conditions are :

優.....□ 良.....□ 可.....□ 不可.....□
Excellent Good Fair Poor

6 本人の健康状況は、日本留学に支障がないかどうか。

Do you think the applicant's condition is good enough for him /her to study in Japan?

可.....□ 不可.....□
Yes No

7 その他特記事項

Any other remarks :

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

I hereby certify the above diagnosis.

診断年月日/Date

署名/Physician's Signature : _____ 印

市級以上医院

氏名/Physician's Name : _____

需要医院公章

住所/Physician's Address : _____