

北陸大学入学志願者健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

※
受験
番号

氏名 _____ 男 Male 生年月日 _____
 Name : _____ 女 Female Date of Birth : _____
 国籍 _____ 現住所 _____
 Nationality : _____ Address : _____

1	身長/Height _____ cm	体重/Weight _____ Kg
	視力/Eyesight 裸眼/Without Glasses 矯正/With Glasses 左/Left _____ / _____ 右/Right _____ / _____	聴力/Hearing 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 with check □ and the age of contraction.)

結核 ____ 歳(Age) マラリア ____ 歳(Age) リューマチ ____ 歳(Age)
 Tuberculosis Malaria Rheumatic Fever
 てんかん ____ 歳(Age) 腎疾患 ____ 歳(Age) 心臓疾患 ____ 歳(Age)
 Epilepsy Kidney Disease Cardiac Disease
 糖尿病 ____ 歳(Age) アレルギー ____ 歳(Age) その他の伝染病疾患 ____ 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 Urogenital 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 reexamined
 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 condition 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 :

氏名/Physician's Name :

住所/Physician's Address :