

北陸大学入学志願者健康診断書

受験番号 _____

CERTIFICATE OF HEALTH

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 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..... <input type="checkbox"/>	心臓または血管..... <input type="checkbox"/>
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels
胃または消化器官..... <input type="checkbox"/>	泌尿生殖器..... <input type="checkbox"/>
Stomach or Digestive System	Genitourinary System
脳または神経組織..... <input type="checkbox"/>	血液または内分泌器官..... <input type="checkbox"/>
Brain or Nervous System	Blood or Endocrine System
肺または呼吸器官..... <input type="checkbox"/>	骨、関節または運動器官... <input type="checkbox"/>
Lungs or Respiratory System	Bone, Joints or Locomotor System
その他内臓器官..... <input type="checkbox"/>	皮膚..... <input type="checkbox"/>
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

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

所見
Remarks

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 : _____

病院公印/Official Seal of Hospital