

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		聴力/Hearing	
	裸眼/Without Glasses 矯正/With Glasses		左/Left _____	
	左/Left	_____ / _____	右/Right _____	
	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 checkand 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

<p>3 現在、病気にかかっている場合は、チェック<input type="checkbox"/>する。 Present Illness : (if any, indicate with a check<input type="checkbox"/>.)</p> <p>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</p> <p>胃または消化器官………<input type="checkbox"/> 泌尿生殖器………<input type="checkbox"/> Stomach or Digestive System Genito-Urinary System</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>その他内臓器官………<input type="checkbox"/> 皮膚………<input type="checkbox"/> Other Abdominal Organs Skin</p>	<p>4 エックス線検査 Chest X-ray Examination</p> <p>健康 ……<input type="checkbox"/> Normal 要観察 ……<input type="checkbox"/> To be rechecked 要医察 ……<input type="checkbox"/> Require medical treatment 撮影年月日 Date of Examination</p> <p>所見 Remarks</p>
--	--

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

<p>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?</p> <p>可………<input type="checkbox"/> 不可………<input type="checkbox"/> Yes No</p>	<p>7 その他特記事項 Any other remarks :</p>
--	--

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 : _____