

# 健康診断書 (学生以外)

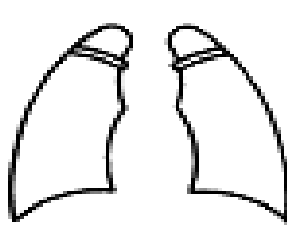
# CERTIFICATE OF HEALTH ( for faculties )

(医師に記入してもらうこと)

(to be completed by the examining physician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	Family name 姓		Given name 名		Middle name ミドルネーム		
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	年	月	日 Day	
<b>1. 身体検査</b> Physical examination							
(1)身長 Height	cm		(2)体重 Weight	kg			
<b>2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内)</b> Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)							
		胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	年	月	日 Day	
			フィルム番号 Film No.				
		聴診 auscultation	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired			
<b>3. 現在治療中の病気</b> Disease currently being treated			<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease				
<b>4. 既往症</b> Past illness/disorder	<input checked="" type="checkbox"/>	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	<input checked="" type="checkbox"/>	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	
該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".		結核 Tuberculosis			マラリア Malaria		
		その他感染症 Other communicable disease			てんかん Epilepsy		
		腎疾患 Kidney disease			心疾患 Heart disease		
		糖尿病 Diabetes			薬剤アレルギー Drug allergy		
<input checked="" type="checkbox"/>	無し None	メンタル不調 Psychiatric illness			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities		
<b>5. 医師の診断・意見</b> Physician's impression of the applicant's health 継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。 Please write if the examinee needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such.							
<b>6. 受診者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に研究等に耐えうるものと思われますか？</b> In view of the examinee's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?							
はい Yes	<input type="checkbox"/>	いいえ No	<input type="checkbox"/>				
日付 Date	年	月	日	医師署名 Physician's Signature			
検査施設名 Office/Institution				所在地 Address			

(以下大学記入欄) Do not fill below. ※ Filled by Mie University Office only.

保健管理センター所長 殿 上記のとおり提出いたしますので、ご確認のほどよろしくお願い申し上げます。

担当者所属部局	担当者氏名	メールアドレス

以下保健管理センターにて記入

診断結果	[ 可 ・ 不可 ]	診断結果判定年月日	保健管理センター医師署名
------	------------	-----------	--------------