

## 健康診断書（学生用）

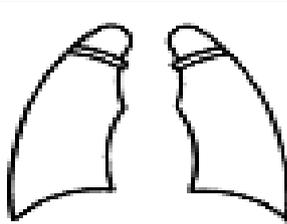
## CERTIFICATE OF HEALTH (for student)

(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<br>Name  | Family name 姓                       |  | Given name 名  |                                     | Middle name ミドルネーム                               |   |  |
| 性別<br>Sex   | <input type="checkbox"/> 男 Male     | <input type="checkbox"/> 女 Female          | 生年月日<br>Date of Birth   | 年                                   | 月  | 日<br>Day                                      |  |
| <b>1. 身体検査</b><br>Physical examination  |                                     |  |   |                                     |  |   |  |
| (1)身長<br>Height   | cm                                  |  | (2)体重<br>Weight   | kg                                  |  |   |  |
| <b>2. 胸部聴診及びX線検査（6ヶ月以内）</b><br>Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)   |                                     |  |   |                                     |  |   |  |
|    |                                     | 胸部X線所見<br>Describe the condition of lungs. | 撮影年月日<br>Date of X-ray  | 年                                   | 月  | 日<br>Day                                      |  |
|   |                                     |  | フィルム番号<br>Film No.  |                                     |  |   |  |
|   |                                     |  | 聴診<br>auscultation  | <input type="checkbox"/> 正常 Normal  | <input type="checkbox"/> 異常 Impaired             |   |  |
| <b>3. 現在治療中の病気</b><br>Disease currently being treated   |                                     |  | <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease |                                     |  |   |  |
| <b>4. 既往症</b><br>Past illness/disorder  | <input checked="" type="checkbox"/> | 病名<br>Name                                 | 完治時期/治療中<br>Date of recovery /under treatment                             | <input checked="" type="checkbox"/> | 病名<br>Name                                       | 完治時期/治療中<br>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。<br>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<br>Tuberculosis                         |   |                                     | マラリア<br>Malaria                                  |   |  |
|   |                                     | その他感染症<br>Other communicable disease       |   |                                     | てんかん<br>Epilepsy                                 |   |  |
|   |                                     | 腎疾患<br>Kidney disease                      |   |                                     | 心疾患<br>Heart disease                             |   |  |
|   |                                     | 糖尿病<br>Diabetes                            |   |                                     | 薬剤アレルギー<br>Drug allergy                          |   |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | 無し<br>None                          | 精神疾患<br>Psychiatric illness                |   |                                     | 四肢機能障害<br>Functional disorder in the extremities |   |  |
| <b>5. 医師の診断・意見</b><br>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。<br>Physician's impression of the applicant's health<br>Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such. |                                     |  |   |                                     |  |   |  |
| <b>6. 志願者の既往歴、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留学・研究に耐えうるものと思われますか？</b><br>In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?                         |                                     |  |   |                                     |  |   |  |
| はい<br>Yes   | <input type="checkbox"/>            | いいえ<br>No                                  | <input type="checkbox"/>  |                                     |  |   |  |
| 日付<br>Date  | 年                                   | 月  | 日   | 医師署名<br>Physician's Signature       |  |   |  |
| 検査施設名<br>Office/Institution   |                                     |  |   | 所在地<br>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いたします。

|         |       |         |
|---------|-------|---------|
| 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 |
|------|------------|-----------|--------------|