

北陸大学入学志願者健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

受験番号 _____

氏名 Name: _____ 男 Male 生年月日 Date of Birth: _____
女 Female

国籍 Nationality: _____ 現住所 Address: _____

	身長 / Height	cm	体重 / Weight	Kg
1	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 a 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 communicable 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, please 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	Genito-Urinary 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	Bones, 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

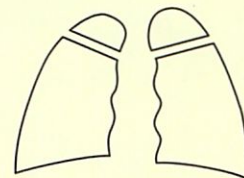
健康.....
Normal

要観察.....
To be rechecked

要医察.....
Require medical treatment

撮影年月日
Date of Examination

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 conditions 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 :

病院住所 / Hospital Address :

病院公印 / Official Seal of Hospital