

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 _____		右/Right _____
	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 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 Disease	Cardiac Disease
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	Urogenital 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 reexamined
 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 condition 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 :

住所/Physician's Address :