

# 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 : \_\_\_\_\_

	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) Tuberculosis	マラリア <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) Malaria	リウマチ <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) Rheumatic Fever
てんかん <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) Epilepsy	腎疾患 <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) Kidney Diseases	心臓疾患 <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) Cardiac Diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) Diabetes	アレルギー <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) Allergy	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> _____歳 (Age) 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 ☑.)

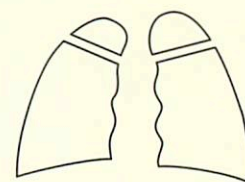
扁桃腺、鼻または咽喉..... <input type="checkbox"/>	心臓または血管..... <input type="checkbox"/>
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels
胃または消化器官..... <input type="checkbox"/>	泌尿生殖器..... <input type="checkbox"/>
Stomach or Digestive System	Genito-Urinary System
脳または神経組織..... <input type="checkbox"/>	血液または内分泌器官..... <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