

# 北陸大学入学志願者健康診断書

## CERTIFICATE OF HEALTH

※  
受験  
番号

氏名 **王大** 男 Male 生年月日  
 Name : \_\_\_\_\_ 女 Female Date of Birth : 19××年××月××日  
 国籍 **中国** 現住所  
 Nationality : \_\_\_\_\_ Address : 北京市□□区□□路□□小区□□棟□□室

1	身長/Height	cm	体重/Weight	Kg
	視力/Eyesight	裸眼/Without Glasses 矯正/With Glasses		聴力/Hearing
	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 it 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 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 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……□	心臓または血管……□
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels
胃または消化器官……□	泌尿生殖器……□
Stomach or Digestive System	Genito-Urinary System
脳または神経組織……□	血液または内分泌器官……□
Brain or Nervous System	Blood or Endocrine System
肺または呼吸器官……□	骨、関節または運動器官…□
Lungs or Respiratory System	Bone, Joints or Locomotor System
その他内臓器官……□	皮膚……□
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 : \_\_\_\_\_ 印

氏名/Physician's Name :

住所/Physician's Address :

市級以上医院

需要医院公章