

Please **handwrite** them  
**NEATLY** and **CLEARLY**

# 健康診断書 Certificate of Health

**注意事項 IMPORTANT NOTE**

この健康診断書は、現在の健康状態で問題なく留学生活を送れるかどうかを把握するためのものです。  
\*医師に診断を受け正確に記入をしてもらってください。感染症の免疫が確認できない場合にはワクチン接種を強く推奨しています

◎Guideline for answering the section of [Record of Infectious diseases and immunization]  
We would strongly recommend that you build up antibodies by means of undergoing vaccinations against any of the diseases listed below before coming to Japan.

Just take into account the notes below before answering:

◎次の項目の記入にあたって注意事項：「感染症などの病歴について」  
法政大学では、下記4種類の感染症については日本へ入国する前に予防接種などで予め抗体を持っておくことを強く推奨しています。

回答前に下記の詳細を確認してください。

聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
胸部X線検査 Chest X-ray	<input type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired	撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Date _____ Year _____ Month _____ Day
	所見があれば記入してください。Describe the condition in detail.		

**感染症などの病歴について Record of infectious diseases and immunization**

以下の感染症にかかったこと、および予防接種を受けたことがありますか。Have you ever had the following diseases and/or received vaccination?

麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> Yes	<input checked="" type="checkbox"/> No
	Vaccination Date: / /			Vaccination Date: / /	
流行性耳下腺炎 Mumps	<input checked="" type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	水痘 Varicella	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
	Vaccination Date: / /			Vaccination Date: / /	

**学業上配慮すべき健康上の問題 Medical conditions which**

主な既往症や持病はありますか。Does the student have any serious medical conditions?  
有の場合、病名と治療完了日を記入してください。If "Yes", please describe the condition and the date of completion of treatment.  
例) 気管支喘息、心臓病、てんかんなど。 eg) Bronchial asthma, heart disease, epilepsy, etc.  
心身の疾病または障害に関する所見 Are there any physical or mental conditions?  
有の場合、具体的に症状を記入してください。If "Yes", please describe the symptoms.

"No" literally means that you have never been vaccinated against or infected with them. (which is not recommended)  
"No"に該当するのは、これらの感染症に対し、これまでに一度も『予防接種』『罹患/抗体』の記録が無い場合です。(法政大学では、この状態を推奨していません)

"Yes" indicates that you have ever done either any of below.\*

- had been vaccinated against
- had infection / immune against
- had checked antibodies by screening test(please attach the record if any)

\*Please be informed that your physician should fill in the "Vaccination date" with any of answer by Yes, either the date of vaccination or which had infection/cured proof by physician or the date of result for antibodies test.

"Yes" に該当するのは以下のいずれかに当てはまる場合です※

- 過去に予防接種を受けている
- 過去に罹患 / 抗体がある
- 抗体確認検査を受けている(検査結果を添付してください)

※Yesにチェックが入っている場合は、その診断医によって Vaccination date欄に次のいずれかの日付を記入する必要があります。

【予防接種または抗体接種日、医師による罹患または治癒証明を受けた日、抗体検査実施日】