

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。  
The purpose of this form is to assess the student's health condition that may affect his/ her campus life.

- \*医師に診断を受け正確に記入をしてもらってください。 This form must be completed by a medical physician.
- \*胸部X線撮影は必ず検査を受けるようにしてください。 X-ray examination is mandatory for all students. (Within a year)
- \*下記の感染症に対して、2回の予防接種を強く推奨しています。 We strongly recommend two shots of vaccine for infections described below.

氏名 Name	姓 Family _____ 名 Given _____ Middle _____		
生年月日 Date of Birth	年 _____ 月 _____ 日 Year _____ Month _____ Day _____	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
		国籍 Nationality	_____

診断事項・健康の状態 Examination Report・Current State of Health	
身長/体重 Height/Weight	身長 Height _____ cm      体重 Weight _____ kg
視力 Eye-sight	左 (L) _____ 右 (R) _____ <input type="checkbox"/> 裸眼 Without glasses or contact lenses <input type="checkbox"/> 矯正 With glasses or contact lenses
聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
胸部X線検査 Chest X-ray (Record within a year)	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired Date _____ Year _____ Month _____ Day _____ 撮影日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ※Results within a year from the day you start studying in Japan 所見があれば記入してください。 Describe the condition in detail.

感染症の予防接種歴 Vaccination Record																	
予防接種日または感染を記入してください。 Indicate the date of vaccination or medical history.																	
麻疹 Measles	<table border="1"> <tr> <th>Check</th> <th>Year</th> <th>Month</th> <th>Day</th> </tr> <tr> <td>Immunization 1 <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>History of disease (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Check	Year	Month	Day	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Check	Year	Month	Day													
	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____													
Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														
History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														
流行性 耳下腺炎 Mumps	<table border="1"> <tr> <th>Check</th> <th>Year</th> <th>Month</th> <th>Day</th> </tr> <tr> <td>Immunization 1 <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>History of disease (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Check	Year	Month	Day	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Check	Year	Month	Day													
	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____													
Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														
History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														
風疹 Rubella	<table border="1"> <tr> <th>Check</th> <th>Year</th> <th>Month</th> <th>Day</th> </tr> <tr> <td>Immunization 1 <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>History of disease (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Check	Year	Month	Day	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Check	Year	Month	Day													
	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____													
Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														
History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														
水痘 Varicella	<table border="1"> <tr> <th>Check</th> <th>Year</th> <th>Month</th> <th>Day</th> </tr> <tr> <td>Immunization 1 <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>History of disease (if any) <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Check	Year	Month	Day	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
	Check	Year	Month	Day													
	Immunization 1 <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____													
Immunization 2 (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														
History of disease (if any) <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____														

学業上配慮すべき健康上の問題 Medical conditions which may affect the student's academic performance	
主な既往症や持病はありますか。 Does the student have any past medical history or chronic illness? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No 有の場合、病名と治療完了日を記入してください。 If "Yes", please indicate the name of the disease and recovery date. 例) 気管支喘息、心臓病、てんかんなど。 eg) Asthma, Cardiac diseases, 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 that may limit the student's ability to study? <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No 有の場合、具体的に症状を記入してください。 If "Yes", please describe the condition in detail.	
食物・薬物アレルギーがあれば記入してください。 Does the student have any food or drug allergies? If "Yes", please describe.	

この学生は精神的及び身体的に、海外での留学に適した状態にあるとお考えになりますか? Do you consider the student to be in adequate mental and physical health to study abroad? <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No いいえの場合、具体的な理由を述べてください。 If "No", please describe the reason.	
---	--

医療機関印 Official Stamp of Institution/ Clinic	診断日 Date _____
	医療機関名 Institution/Clinic _____
	所在地 Address _____
	医師氏名 Name of Physician _____
	署名 Signature _____