

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

健康診断書



For exchange students

SAMPLE

注意事項 IMPORTANT NOTE

この健康診断書は、現在の健康状態を問うて、生活習慣や健康上の問題を明らかにすることを目的として作成されています。
The purpose of this form is to assess the student's health condition and identify any major health problem on their campus.

- *医師に診断を受け、正しく記入していただく必要があります。 This form must be completed by a medical professional.
- *結核検査は必ず検査を受けるようにしてください。 Tuberculosis test 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	Wen		Fazheng			
	姓 Family	名 Given	Middle			
生年月日 Date of Birth	1999 年 2 月 2 日	性別 Sex	<input checked="" type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	国籍 Nationality	China

診断事項・健康の状態 Examination Report・Current State of Health	
身長/体重 Height/Weight	身長 Height <u>178</u> cm 体重 Weight <u>75</u> kg
視力 Eye-sight	左 (L) <u>0.8</u> 右 (R) <u>0.8</u> <input type="checkbox"/> 裸眼 With <input checked="" type="checkbox"/> 矯正 With
聴力 Hearing	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
結核検査 Tuberculosis Test IGRA/TB or X-ray (Record within a year)	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
検査方法 Test method	Date Year Month Day 検査日 <u>20xx</u> 年 <u>xx</u> 月 <u>xx</u> 日 ※ Within a year before beginning your stay in Japan.
所見があれば記入してください。 Describe the condition in detail.	

NOTICE 1
The date should **within** a year before beginning your stay in Japan.

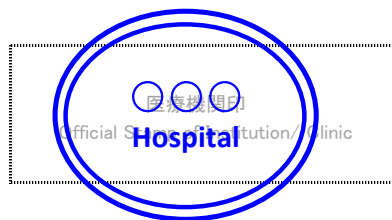
NOTICE 2
Leave the list of Vaccination Record **blank** if you can't refer to the record.

感染症の予防接種歴 Vaccination Record			
予防接種日を記入してください。 Indicate the date of vaccination.			
麻疹 Measles	Immunization:Date1: <u>1999 / 6 / 27</u>	風疹 Rubella	Immunization:Date1: <u>1999 / 6 / 27</u>
	Immunization:Date2: <u>1999 / 12 / 25</u>		Immunization:Date2: / /
流行性 耳下腺炎 Mumps	Immunization:Date1: <u>1999 / 6 / 27</u>	水痘 Varicella	Immunization:Date1: <u>2000 / 5 / 2</u>
	Immunization:Date2: / /		Immunization:Date2: / /

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?	□ 有 Yes <input checked="" 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?	□ 有 Yes <input checked="" 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? はい Yes 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.



診断日 Date Dec. 25 2020
 医療機関名 Institution/Clinic ○○○○
 所在地 Address ○○○, Gu
 医師氏名 Name of Physician Chen
 署名 Signature Chen Jing

NOTICE 3
Must be filled out by a medical examiner with his/her **hand-written signature**.

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

健康診断書



For exchange students

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.
- *結核検査は必ず検査を受けるようにしてください。 Tuberculosis test 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	
結核検査 Tuberculosis test IGRA/TB or X-ray (Record within a year)	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	検査方法 Test method	所見があれば記入してください。 Describe the condition in detail.

Date Year _____ Month _____ Day _____
検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
※ Within a year before beginning your stay in Japan.

感染症の予防接種歴 Vaccination Record

予防接種日を記入してください。
Indicate the date of vaccination.

麻疹 Measles	Immunization:Date1: / /	風疹 Rubella	Immunization:Date1: / /
	Immunization:Date2: / /		Immunization:Date2: / /
流行性 耳下腺炎 Mumps	Immunization:Date1: / /	水痘 Varicella	Immunization:Date1: / /
	Immunization:Date2: / /		Immunization:Date2: / /

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? 有 Yes 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? 有 Yes 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? はい Yes 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 _____