

Please handwrite them
NEATLY and CLEARLY

健康診断書

SAMPLE

注意事項 IMPORTANT NOTE

この健康診断書は、現在の健康状態を把握し、生活習慣病の予防を目的として作成されています。
The purpose of this form is to assess the current health condition and prevent lifestyle-related diseases.

*医師に診断を受け、結果を記入してください。 This form must be completed by a medical professional.
*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	Wen		Fazheng		
	姓 Family	名 Given	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
	Year	Month	Day		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 178 cm	体重 Weight 75 kg
視力 Eye-sight	左 (L) 0.8	右 (R) 0.8
	<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
胸部X線検査 Chest X-ray (Record within a year)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal	<input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	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.

Date 撮影日 20xx年 xx月 xx日
※ 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: 1999 / 6 / 27	風疹 Rubella	Immunization:Date1: 1999 / 6 / 27
	Immunization:Date2: 1999 / 12 / 25		Immunization:Date2: / /
流行性 耳下腺炎 Mumps	Immunization:Date1: 1999 / 6 / 27	水痘 Varicella	Immunization:Date1: 2000 / 5 / 2
	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

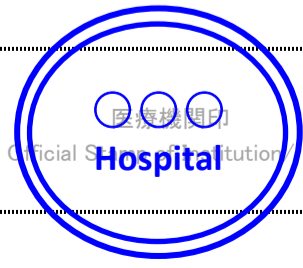
有の場合、具体的に症状を記入してください。 If "Yes", please describe the condition in detail.

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してください。 If "No", please describe the reason.

 <p>Official Seal of Hospital/Institution/Clinic</p>	診断日 Date Dec. 25 2020
	医療機関名 Institution/Clinic OOO
	所在地 Address OOO, Gu
	医師氏名 Name of Physician Chen Jing
	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.
- *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 <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 ※ 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.

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:Date2:	/ /	
流行性 耳下腺炎 Mumps	Immunization:Date1:	/ /	水痘 Varicella
	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? <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してください。 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 _____