

Please print 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ます。

The purpose of this form is to understand the student's health conditions that may affect his/ her studies before he/she comes to Japan.
*This form must be completed by a medical physician. If a student does not have antibodies against the infectious diseases listed below, we strongly recommend that he/she to gets vaccinated.

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

氏名
Name

姓 Family _____ 名 Given _____ ミドルネーム Middle _____

生年月日
Date of Birth

19 _____ 年 _____ 月 _____ 日
Year Month Day

性別
Sex

男 Male 女 Female

診断事項・健康の状態 Examination Report・Current State of Health

視力
Eye-sight

左 (L) _____ 右 (R) _____

裸眼 Without glasses or contact lenses
矯正 With glasses or contact lenses

聴力
Hearing

正常 Normal 異常 Impaired

胸部X線検査
Chest X-ray

正常 Normal 異常 Impaired 撮影日 Date _____ 年 _____ 月 _____ 日
Year Month Day

所見があれば記入してください。 Describe the condition in detail.

1年以内に実施したPPDまたはIGRA検査(結核の血液検査)の結果、陰性だった場合には、胸部X線は省略可。
検査日、検査結果を以下に記載してください。
Chest X-ray can be omitted if the results of an examination for PPD or IGRA (TB blood test) within one year are negative.
Please indicate the date and results of the examination below.

PPD	IGRA	Date	/	/
Negative	Positive	(Year)	(Month)	(Day)

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。

Has the student ever had the following diseases and/or received vaccination?

麻疹 Measles	Yes	No	Vaccinated	風疹 Rubella	Yes	No	Vaccinated
	Date of Recovery/Vaccination: / /				Date of Recovery/Vaccination: / /		
流行性耳下線炎 Mumps	Yes	No	Vaccinated	水痘 Varicella	Yes	No	Vaccinated
	Date of Recovery/Vaccination: / /				Date of Recovery/Vaccination: / /		

学業上配慮すべき健康上の問題 Medical conditions which might 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 serious 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) Bronchial 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 conditions 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. 有 Yes 無 No

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 for full and successful participation in the study abroad program? はい Yes (Adequate) いいえ No (Inadequate)

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.