

[外国人留学生]

西日本工業大学入学志願者健康診断書

CERTIFICATE OF PHYSICAL EXAMINATION

氏名 _____ 男 male 生年月日 _____
Name: _____ 女 female Date of Birth: _____

国籍 _____ 現住所 _____
Nationality: _____ Address: _____

1	身長 / Height	cm	体重 / Weight	kg	胸囲 / Girth of chest	cm
視力 / Eyesight			矯正 / With correction		聴力 / Hearing	
裸眼 / Without correction			左 / Left _____		左 / Left _____	
左 / Left _____			右 / Right _____		右 / Right _____	
右 / Right _____						
運動機能 / Locomotive System		正常 / Normal	<input type="checkbox"/>	言語 / Speaking	正常 / Normal	<input type="checkbox"/>
		異常 / Abnormal	<input type="checkbox"/>		異常 / Abnormal	<input type="checkbox"/>

2 既往症のある場合は、 にチェックし、その罹患時の年齢を記入する。
History of past illness:(if any,indicate it with age of contraction)

結核 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	リュウマチ <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
てんかん <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	その他の伝染病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
Diabetes	Allergy	Other communicable disease

3 現在、病気にかかっている場合は、その内容を詳しく記載する
Present Condition(Please describe any existing diseases in detail)

4 エックス線検査 Chest X-ray examination

健康 ... Normal
要観察 ... to be
要医察 ... Require medical treatment

撮影年月日: Date of examination

5 現在の健康状況は次のとおりである
I diagnose that applicant's health and physical conditions are:

優 ... 良 ... 可 ... 不可 ...
Excellent Good Fair Poor

所見: Describe the condition of applicant's lungs

6 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか
Do you think the applicant's condition is acceptable for him/her to study in Japan?

可 ... 不可 ...
Yes No

7 その他特記事項 Any other remarks:

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis.

診断年月日 / Date: _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 / Physician's signature: _____

氏名 / Physician's name: _____

住所 / Physician's address: _____

(注) 医師が記入すること
Note: This certificate must be completed by a certified physician