

# 北陸大学入学志願者健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

受験番号 \_\_\_\_\_

氏名 Name: \_\_\_\_\_ 男 Male 生年月日 Date of Birth: \_\_\_\_\_  
女 Female

国籍 Nationality: \_\_\_\_\_ 現住所 Address: \_\_\_\_\_

1	身長 / Height	cm	体重 / Weight	Kg	
	視力 / Eyesight	裸眼 / Without Glasses		矯正 / With Glasses	聴力 / Hearing
	左 / Left	_____ / _____	右 / Right	_____ / _____	左 / Left _____ 右 / Right _____
2 既往症のある場合は、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 a check ☑ and the age of contraction.)					
結核	<input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	マラリア	<input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	リウマチ	<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)	その他の伝染病疾患	<input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
Diabetes		Allergy		Other communicable diseases	
3 現在、病気にかかっている場合は、チェック☑する。 Present Illness : (if any, please indicate with a check ☑.)			4 エックス線検査 Chest X-ray Examination		
扁桃腺、鼻または咽喉	<input type="checkbox"/>	心臓または血管	<input type="checkbox"/>	健康	<input type="checkbox"/>
Tonsils, Nose or Throat		Heart or Blood Vessels		Normal	
胃または消化器官	<input type="checkbox"/>	泌尿生殖器	<input type="checkbox"/>	要観察	<input type="checkbox"/>
Stomach or Digestive System		Genito-Urinary System		To be rechecked	
脳または神経組織	<input type="checkbox"/>	血液または内分泌器官	<input type="checkbox"/>	要医察	<input type="checkbox"/>
Brain or Nervous System		Blood or Endocrine System		Require medical treatment	
肺または呼吸器官	<input type="checkbox"/>	骨、関節または運動器官	<input type="checkbox"/>	撮影年月日	
Lungs or Respiratory System		Bones, Joints or Locomotor System		Date of Examination	
その他内臓器官	<input type="checkbox"/>	皮膚	<input type="checkbox"/>	所見	
Other Abdominal Organs		Skin		Remarks	
5 現在の健康状況は、次のとおりである。 I diagnose that the applicant's health and physical conditions are :			7 その他特記事項 Any other remarks :		
優	<input type="checkbox"/>	良	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>
Excellent		Good		Fair	
				不可	<input type="checkbox"/>
				Poor	
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 good enough for him/her to study in Japan ?					
可	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>		
Yes		No			
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 :					
署名 / Physician's Signature :					
氏名 / Physician's Name :					
病院住所 / Hospital Address :					
病院公印 / Official Seal of Hospital					