

# 北陸大学入学志願者健康診断書

< C >

## CERTIFICATE OF HEALTH

※  
受験  
番号 \_\_\_\_\_

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	
	視力/Eyesight 裸眼/Without Glasses 矯正/With Glasses 左/Left _____ / _____ 右/Right _____ / _____	聴力/Hearing 左/Left _____ 右/Right _____	
2 既往症のある場合は、チェック <input type="checkbox"/> しその罹患時の年齢を記入する。 History of past illness : (if any, indicate with check <input type="checkbox"/> and the age of contraction.) 結核 <input type="checkbox"/> _____ 歳(Age)      マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳(Age)      リューマチ <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 Disease      Cardiac Disease 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 infectious diseases			
3 現在、病気にかかっている場合は、チェック <input type="checkbox"/> する。 Present Illness : (if any, indicate with a check <input type="checkbox"/> .) 扁桃腺、鼻または咽喉…… <input type="checkbox"/> 心臓または血管…… <input type="checkbox"/> Tonsils, Nose or Throat      Heart or Blood Vessels 胃または消化器官…… <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器…… <input type="checkbox"/> Stomach or Digestive System      Urogenital System 脳または神経組織…… <input type="checkbox"/> 血液または内分泌器官…… <input type="checkbox"/> Brain or Nervous System      Blood or Endocrine System 肺または呼吸器官…… <input type="checkbox"/> 骨、関節または運動器官…… <input type="checkbox"/> Lungs or Respiratory System      Bone, Joints or Locomotor System その他内臓器官…… <input type="checkbox"/> 皮膚…… <input type="checkbox"/> Other Abdominal Organs      Skin		4 エックス線検査 Chest X-ray Examination 健康 … <input type="checkbox"/> Normal 要観察 … <input type="checkbox"/> To be reexamined 要医察 … <input type="checkbox"/> Require medical treatment 撮影年月日 Date of Examination 所見 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 condition are : 優…… <input type="checkbox"/> 良…… <input type="checkbox"/> 可…… <input type="checkbox"/> 不可…… <input type="checkbox"/> Excellent      Good      Fair      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		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 _____ 署名/Physician's Signature : _____ 氏名/Physician's Name : _____ 住所/Physician's Address : _____			

■ 医師が記入すること/ To be filled out by physician

■ 可以使用検査項目相同的当地医院専用の健康診断書。