健康診断書（医師が記入のこと）

中部大学

書式 B1

Form B1

中部大学　国際センター

Chubu University Center for International Affairs

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by a physician)

氏名 [ ] 男 Male 生年月日

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] 女 Female Date of Birth:\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

Year Month Day

現住所Present Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 身長Height:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm | 体重Weight:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg |
| 視力Vision:　　　 　 裸眼Without glasses矯正Corrected |  右 Right　　　左 Left \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 血圧 Blood Pressure:　 　　　　mmHg血液型Blood Type:＿A B O AB RH + / -  |
| エックス線検査 Chest X-ray Examination:* 異常なし Normal
* 異常あり Abnormal

撮影年月日Date of Exam:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_フィルム#　Film #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_所見 Findings:103440011　 | 身体障害 Physical Impediment:* 運動 Muscular Movement
* 視覚 Sight
* 聴覚 Hearing
* 言語 Speaking
* その他 Other

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_具体的内容 Describe in detail. |
| 主な既往症と罹患時の年齢 Health History: |
| * 肺結核Tuberculosis（Age　　　歳）
* 気管支喘息Bronchial Asthma（　　　歳）
* 心疾患Cardiac Disease（　　　歳）
* 腎疾患Kidney Disease（　　　歳）
* 糖尿病Diabetes（　　　歳）
* アレルギー Allergies（　　　歳）:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * 肝臓病 Liver Disease（　　　歳）
* てんかんEpilepsy（　　　歳）
* 精神疾患Psychosis（　　　歳）
* その他Other（　　　歳）:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 検尿Urinalysis: 糖 Glucose: + / - 蛋白Protein: + / - 潜血Occult Blood: + / -  |
| 血液検査Blood Test: 赤血球数RBC: 　 　 / *μ*l 白血球数WBC: 　 　 / *μ*l血色素量Hemoglobin: 　 　g/dl |
| 現在の健康状態 Present Condition:(留学中に健康管理すべき疾病の有無とその内容 Any conditions which may require special attention at Chubu University)（裏面につづく　Over） |
| 常時服用している薬がありますか。 Does this student take any medicines regularly? If yes, please specify:中部大学書式 B2Form B2□ はい Yes □ いいえ No |
| 海外留学をするのに、身体的あるいは精神的な不都合がありますか。ある場合は以下に詳細を記入してください。Are there any physical or psychological conditions present which would make study abroad inadvisable at this time? If yes, please explain in the space below:　　　□ はい Yes　　□ いいえ No |
| その他特記事項 Other Remarks: |

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明し、日本で（　　　　）ヶ月間留学することが可能であると判断する。

I hereby certify the above diagnosis and judge the individual fit for study abroad for the ducarion of ( ) months..

診断日　Date of Examination:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

医師氏名・署名　Physician’s name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Print) 　　　　　　　　　 (Signature)

医療機関名　Name of Medical Institute: 印 seal

所在地　Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_