

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.

<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 80%; margin: auto;"> 医療機関印 Official Stamp of Institution/Clinic </div>	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 _____	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
生年月日 Date of Birth	_____年 _____月 _____日 Year Month Day		

診断事項・健康の状態 Examination Report・Current State of Health			
視力 Eye-sight	左 (L) _____ 右 (R) _____	<input type="checkbox"/> 裸眼 Without glasses or contact lenses	<input type="checkbox"/> 矯正 With glasses or contact lenses
聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		
胸部X線検査 Chest X-ray	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 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.		
	<input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	Date	____/____/____ (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	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated Date of Recovery/Vaccination: / /	風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated Date of Recovery/Vaccination: / /
流行性耳下腺炎 Mumps	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated Date of Recovery/Vaccination: / /	水痘 Varicella	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated 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?	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 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.	

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?	<input type="checkbox"/> はい Yes (Adequate) <input type="checkbox"/> 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.	