関西大学 健康診断証明書

Kansai University Certificate of Health

医師により日本語または英語で記載してください。 To be completed in Japanese or English by the examining phisisian. 男 Male 女 Female 氏名 Name Middle Family First 生年月日 Date of Birth (yyyy/mm/dd) _ 年齢 Age 身体測定 Physical Examinations 身長 Height 体重 Weight cm Α В Rh/ + 血液型 Blood Type 0 AB 所見あり Impaired 聴力 Hearing 正常 Normal 視力 Eyesight 裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses エックス線検査 (6ヶ月以内のものに限る) X-ray Examination (Must have been taken within 6 months.) 正常 normal 肺 lung 所見あり impaired 心拡大 cardiomegaly 正常 normal 所見あり impaired 心電図 正常 normal 所見あり impaired (心拡大がある場合のみ) (in case of cardiomegaly) Electrocardiogram ←Describe the condition of applicant's lung. 既往歷 Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery. 結核 Tuberculosis () マラリア Malaria (その他、伝染病 Other communicable disease (/ てんかん Epilepsy () 腎疾患 Kidney Disease / /) 糖尿病 Diabetes 心疾患 Heart Disease ()心理的障害 Psychological disorder 薬物アレルギー Drug Allergy (/ 身体機能障害 Functional Disorder in extremities \Box (現在治療中の病気 Yes (Disease:) Disease treated at present 「はい」と答えた場合、薬品の服用や治療を日本での滞在中も続ける必要がありますか? Yes If yes, does he/she need to continue taking medication or treatment during his/her stay in Japan? 「はい」と答えた場合、現在服用中の薬品や受けている治療について詳細を教えてください。 If yes, please provide detailed information regarding the medication or treatment he/she has been taking: 薬品・治療の種類 Type of medication/treatment:) (頻度 Frequency) times (per week *per day) 診察医の印象を述べてください。 Please describe your impression. 本人の診断・検査の結果や既往症から判断して、現在の健康の状況は日本への留学に十分耐えうるものと思われますか? In view of his/her medical history and above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan? No Yes 日付 Date 署名 Signature 医師氏名 Physician's name in print 検査施設名 Office/Institution

所在地 Address