

関西大学 健康診断書

Kansai University Certificate of Health

医師により日本語または英語で記載して下さい。 To be completed in Japanese or English by the examining physician.	
氏名 Name _____ , _____ Family, First Middle	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
生年月日 Date of Birth (yyyy/mm/dd) _____ / _____ / _____	年齢 Age _____
身体検査 Physical Examinations (1) 身長 _____ cm                      体重 _____ kg Height                                      Weight (2) 血液型            A    B    O    RH +            (3) 聴力 <input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 低下 impaired Blood Type                                      -                      Hearing (4) 視力    (R) _____ (L) _____            (R) _____ (L) _____ 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.)  肺 lung <input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 異常 impaired 心拡大 cardiomegaly <input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 異常 impaired  (心拡大がある場合のみ)    心電図 <input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 異常 impaired (in case of cardiomegaly)    Electrocardiogram  ←Describe the condition of applicant's lung.  Date _____ / _____ / _____	
既往症 Past history : Please indicate with + or - and fill in the date of recovery. 結核 Tuberculosis... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ )                      マラリア Malaria... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ ) その他、伝染病 Other communicable disease... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ ) てんかん Epilepsy... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ )                      腎疾患 Kidney Disease... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ ) 心疾患 Heart Diseases... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ )                      糖尿病 Diabetes... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ ) 薬物アレルギー Drug Allergy... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ )                      精神病 Psychosis... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ ) 身体機能障害 Functional Disorder in extremities... <input type="checkbox"/> ( _____ / _____ / _____ )	
現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> Yes (Disease : _____ ) Disease Treated at Present <input type="checkbox"/> No	
診断医の印象を述べて下さい。 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せんか？ 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
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 _____