

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 physician.

氏名 Name _____ 男 Male 女 Female
Family First Middle

生年月日 Date of Birth (yyyy/mm/dd) _____ / _____ / _____ 年齢 Age _____

身体測定 Physical Examinations

身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ Kg

血液型 Blood Type A B O AB Rh/ + -

聴力 Hearing 正常 Normal 所見あり Impaired

視力 Eyesight (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____
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.)

Date _____ / _____ / _____ 肺 lung 正常 normal 所見あり impaired

心拡大 cardiomegaly 正常 normal 所見あり impaired



(心拡大がある場合のみ) 心電図 正常 normal 所見あり impaired
(in case of cardiomegaly) Electrocardiogram

[Describe the condition of applicant's lung.]

既往歴 Past history : 下記疾患に該当するものがあれば、を記入してください、また治癒した年月日を記入してください。
Please check the following box if there is any relevant disease 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 (/ /)

心疾患 Heart Disease (/ /) 糖尿病 Diabetes (/ /)

薬物アレルギー Drug Allergy (/ /) 心理的障害 Psychological disorder (/ /)

身体機能障害 Functional Disorder in extremities (/ /) その他 Others (/ /)
(disease)

現在治療中の病気 Yes (Disease : _____)

Disease treated at present

No

「はい」と答えた人は、薬品の服用や治療を日本での滞在中も続ける予定ですか? Yes No
If yes, will you continue taking medication or treatment during your stay in Japan?

「はい」と答えた人は、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。また診療情報の資料を添付してください。
If yes, please provide detailed information regarding the medication or treatment you have been taking and please attach the document including medical information.

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 your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

Yes 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 _____