健康診断書CERTIFICATE OF HEALTH

COMPLETED BY DOCTOR

			□男 Male □女 Female
Family name,	First name	Middle name	
年月日 Date of Birth(Day/Month/Yea	r)/	年齢 Age	
予防接種記録 Immunization record Pleases check the box and indicate If the date is unknown, please chec	the date of the shots that	you have been received. If NO	OT, check the box "Not Vaccinated."
Inoculation	Date (Day/Month/Yea	xr) 麻疹 Measles	□Dose1 (/ /) □Not Vaccinated □Unknown
3種混合	□Dose1(/// □Not Vaccinated □Unknown) 風疹 Rubella	□Dose1(/ /) □Not Vaccinated □Unknown
Minik (Measies) Mullips) Rubella)	□Dose2(/ /□Not Vaccinated □Unknown) おたふくMumps	□Dose1 (/ /) □Not Vaccinated □Unknown
身体検査 Physical Examination			
0	ntkg	(2) 血 压 Blood pressure	mm/Hg ~ mm/Hg
胸部レントゲンおよび理学的所見 Che Please describe the results of both	est X-ray and physical exa X-ray and physical exami	minations (レントゲン検査/ nations (X-rays taken withir	は入学から遡り1年以内とする。) n 1year prior to enrollment are valid
(1) 撮影日 Date of chest X-ray. (Day/	Month/Year)	/	_ Film No. (
(2) 肺	Lungs:	正常 Normal □ 異常 Impa	aired
/] [\	Desc	cribe the condition	
/ / \ \ 心臓	Cardiomegaly:	正常 Normal	aired
	Des	cribe the condition	
= =	てください。罹患した病気が m any of the following? Ple	ない場合には、既往症なしにチ	エックを入れてください。
Has the applicant ever suffered from the check the box "no remarkable histo" 以任症なし No remarkable	てください。罹患した病気が m any of the following? Ple ory". history	ない場合には、既往症なしにチ	ェックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If N
Has the applicant ever suffered from the check the box "no remarkable histor" 既往症なし No remarkable は 結核 Tuberculosis 日 糖尿	てください。罹患した病気が m any of the following? Ple ory". history 尿病 Diabetes 🗆 心臓沢	ない場合には、既往症なしにチ ases indicate by checking ev	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If N Asthma
Has the applicant ever suffered from the check the box "no remarkable histor" 既往症なし No remarkable は 結核 Tuberculosis は 糖尿 情神疾患 Psychosis は アレルギーAllergy If yes, ple	てください。罹患した病気が m any of the following? Ple ory". history 尿病 Diabetes □ 心臓 化器系疾患 Digestive Tract ase specify	ない場合には、既往症なしにチ eases indicate by checking eve 英患 Heart disease □ 喘息 Problem □ てんかん Epile	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If No Asthma osy
Has the applicant ever suffered from the check the box "no remarkable histor" 既往症なし No remarkable 品核 Tuberculosis	てください。罹患した病気がm any of the following? Pleory". history 示病 Diabetes □ 心臓が化器系疾患 Digestive Tract ase specify f yes, please specify れた薬を内服したりしていまtreatment or on medicatio I服している場合は薬の詳細(on diseases. If the applicar	ない場合には、既往症なしにチeases indicate by checking every problem	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If No Asthma osy
Has the applicant ever suffered from check the box "no remarkable histon" 既往症なし No remarkable 品核 Tuberculosis 間 糖版 「 精神疾患 Psychosis 間 清神疾患 Psychosis 間 清神疾患 Psychosis 間 アレルギーAllergy If yes, ple	てください。罹患した病気がm any of the following? Plebry". history 示病 Diabetes	ない場合には、既往症なしにチ eases indicate by checking ever 実患 Heart disease □ 喘息 Problem □ てんかん Epiles すか? on at present? 薬品名,用量,特記事項)を記載の tt is on medications, provide ondition?	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If No Asthma psy 「 Yes 「No D上、現在の状態を記載してください。 information regarding the medication
Has the applicant ever suffered from check the box "no remarkable histon" 既往症なし No remarkable	てください。罹患した病気がm any of the following? Pleory". history R病 Diabetes □ 心臓が化器系疾患 Digestive Tract ase specify f yes, please specify れた薬を内服したりしていまtreatment or on medication I服している場合は薬の詳細(on diseases. If the applicant). What is the current condition in the current condition is the current condition	ない場合には、既往症なしにチー cases indicate by checking ever cases in a case of the case of the case of cases in a case of the case of the case of the case of the case o	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If No Asthma Dsy 「Yes 「No D上、現在の状態を記載してください。 information regarding the medication minimum to the status is adequate to pure
Has the applicant ever suffered from check the box "no remarkable histon of the box" (no remarkable histon of the box" (no remarkable	てください。罹患した病気がm any of the following? Plebry". history R病 Diabetes □ 心臓が化器系疾患 Digestive Tract ase specify f yes, please specify れた薬を内服したりしていま treatment or on medication I服している場合は薬の詳細(on diseases. If the applicar.) い What is the current condition in the current conditio	ない場合には、既往症なしにチー ases indicate by checking ever ases indicate by checking ever as the sease	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If No Asthma osy 「Yes 「No O上、現在の状態を記載してください。 information regarding the medication mixing and the status is adequate to pur
Has the applicant ever suffered from check the box "no remarkable histon" 既往症なし No remarkable	てください。罹患した病気がm any of the following? Pleory". history R病 Diabetes □ 心臓が化器系疾患 Digestive Tract ase specify f yes, please specify れた薬を内服したりしていまtreatment or on medication I服している場合は薬の詳細(on diseases. If the applicant). What is the current company of the above findings, is it an?	ない場合には、既往症なしにチータ ases indicate by checking ever 東患 Heart disease □ 喘息 Problem □ てんかん Epiler すか? In at present? (薬品名,用量,特記事項)を記載の at present? (本語)を記載の at present at presen	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If No Asthma Dsy 「Yes 「No D上、現在の状態を記載してください。 information regarding the medication 耐えうるものと思われますか? her health status is adequate to purs
Has the applicant ever suffered from check the box "no remarkable histon	てください。罹患した病気がm any of the following? Plebry". history 示病 Diabetes	ない場合には、既往症なしにチー ases indicate by checking ever ases indicate by checking ever as the sease は いっと である である は problem は でんかん Epiley また である は prosent? 薬品名,用量,特記事項)を記載のは tis on medications, provide ondition?	エックを入れてください。 ery box that applies to him/her. If N Asthma Dsy 「Yes 「No D上、現在の状態を記載してください。 information regarding the medicati