



# 山口県立大学 健康診断証明書

## Yamaguchi Prefectural 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 \_\_\_\_\_  
Surname First Name Middle Name

性 別 Sex ☐ 男 Male ☐ 女 Female

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

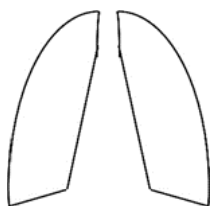
### ■身体測定

#### Physical Examination

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/contacts      矯正 With glasses/contacts

### ■エックス線検査 (6 か月以内のものに限る)

#### X-ray Examination (*Must have been taken within the last 6 months*)



肺 Lungs ☐ 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) (*In case of cardiomegaly*)  
心電図 Electrocardiogram ☐ 正常 Normal ☐ 所見あり Impaired

↑ Describe the condition of applicant' s lungs: (\_\_\_\_\_)

エックス線検査行われた日付 Date of X-ray (yyyy/mm/dd)      /      /

### ■既往歴

#### Health History

Please indicate the presence of the following with a ☒ and fill in the date of recovery, if applicable:

- ・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      ☐ (      /      /      )

## ■現在治療中の病気

### Current Treatment

Is the patient being treated for any medical or psychological condition at present?

☐ Yes (Disease/Condition:      ) ☐ No

「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？

If yes, does the patient need to continue medication or treatment during their stay in Japan?

☐ Yes ☐ No

「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 details of the medication or treatment:

薬品・治療の種類 Type of medication/treatment:

(      )

頻度 Frequency (      ) times (per month・per week・per day)

診察医の印象を述べてください。Please describe your opinion of the patient's health.

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？

Considering the patient's medical history and the above findings, is it your observation that their health status is adequate to pursue studies in Japan?

☐ Yes ☐ No

日 付 Date      /      /      自筆署名 Handwritten Signature \_\_\_\_\_

医師氏名 Physician's Name (in Print) \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution \_\_\_\_\_

所在地 Address \_\_\_\_\_