

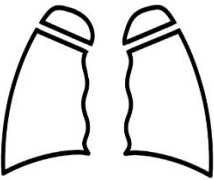
平成国際大学 健康診断書

Heisei International University CERTIFICATE OF HEALTH

|      |   |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
| 学籍番号 | ※ |

※印の欄は記入しないこと

注1) 医師が記入すること  
Note 1) to be completed by physician.  
注2) 診断年月日が6ヶ月以内のものに限る  
Note 2) The diagnosis date limits it to the thing within six months.  
注3) 平成国際大学（日本語別科含む）の在籍者は、本学発行の証明書または本学で受診した診断結果でも可  
Note 3) For students enrolled in Heisei International University (including the Japanese Language Course),  
a certificate issued by the university or a medical examination result taken at the university is acceptable.

|                                                                                                                                                  |                                      |                                                                                      |                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 氏名/Full Name: _____                                                                                                                              |                                      | 年齢/Age: _____ 歳                                                                      | <input type="checkbox"/> 男/Male<br><input type="checkbox"/> 女/Female |
| 生年月日/Date of birth: _____ 年(Y) _____ 月(M) _____ 日(D) 国籍/Nationality: _____                                                                       |                                      |                                                                                      |                                                                      |
| 診 断 項 目 / Diagnostic items                                                                                                                       |                                      |                                                                                      |                                                                      |
| ■身体検査/Physical examination                                                                                                                       |                                      |                                                                                      |                                                                      |
| 身長/Height: _____ cm                                                                                                                              |                                      | 体重/Weight: _____ kg                                                                  |                                                                      |
| 視力/Eyesight: 右(R) _____ 左(L) _____<br>裸眼/Without glasses                                                                                         |                                      | 色覚異常の有無/Collar blindness<br><input type="checkbox"/> 正常/Normal                       |                                                                      |
| 右(R) _____ 左(L) _____<br>矯正/With glasses or contact lenses                                                                                       |                                      | <input type="checkbox"/> 異常/Abnormal                                                 |                                                                      |
| 聴力/Hearing: 右(R) _____ 左(L) _____                                                                                                                |                                      |                                                                                      |                                                                      |
| ■既往症について、ある場合はチェック☑し、その罹患時の年齢を記入してください。<br>History of past illness: (if any, indicate it with your age of contraction.)                          |                                      |                                                                                      |                                                                      |
| 結 核<br>Tuberculosis                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age | マラリア<br>Malaria                                                                      | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age                                 |
| てんかん<br>Epilepsy                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age | 腎疾患<br>kidney diseases                                                               | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age                                 |
| 糖尿病<br>Diabetes                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age | アレルギー<br>Allergy                                                                     | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age                                 |
| リュウマチ<br>Rheumatic fever                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age | 心臓疾患<br>Cardiac diseases                                                             | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age                                 |
| その他の伝染病疾患<br>Other communicable diseases                                                                                                         | <input type="checkbox"/> _____ 歳/Age |                                                                                      |                                                                      |
| ■現在、病気があればチェック☑してください。<br>Present condition: (if any, indicate it.)                                                                              |                                      | ■X線検査/Chest X-ray examination                                                        |                                                                      |
| 扁桃腺、鼻又は咽喉…… <input type="checkbox"/>                                                                                                             | 心臓又は血管…… <input type="checkbox"/>    |  |                                                                      |
| Tonsils, Nose or Throat                                                                                                                          | Heart or Blood Vessels               | <input type="checkbox"/> 健康/Normal                                                   |                                                                      |
| 胃又は消化器官…… <input type="checkbox"/>                                                                                                               | 泌尿生殖器官…… <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> 要観察/to be rechecked                                         |                                                                      |
| Stomach or Digestive System                                                                                                                      | Genito-Urinary System                | <input type="checkbox"/> 要医療/Require medical treatment                               |                                                                      |
| 脳又は神経組織…… <input type="checkbox"/>                                                                                                               | 血液又は内分泌器官…… <input type="checkbox"/> | 撮影年月日/Date of examination                                                            |                                                                      |
| Brain or Nervous System                                                                                                                          | Blood or Endocrine System            | _____ 年(Y) _____ 月(M) _____ 日(D)                                                     |                                                                      |
| 肺又は呼吸器官…… <input type="checkbox"/>                                                                                                               | 骨、関節又は運動器官… <input type="checkbox"/> | 所見/Describe the condition of applicant's lungs                                       |                                                                      |
| Lungs or Respiratory System                                                                                                                      | Bones, Joints or Locomotor System    | 〔 _____ 〕                                                                            |                                                                      |
| その他内臓器官…… <input type="checkbox"/>                                                                                                               | 皮膚…… <input type="checkbox"/>        |                                                                                      |                                                                      |
| Other Abdominal Organs                                                                                                                           | Skin                                 |                                                                                      |                                                                      |
| ■診断の結果、本人の健康状態は次のとおりです。<br>I diagnose that applicant's health and physical cinditions are :                                                      |                                      |                                                                                      |                                                                      |
| 優…… <input type="checkbox"/> 良…… <input type="checkbox"/> 可…… <input type="checkbox"/> 不可…… <input type="checkbox"/><br>Excellent Good Fair Poor |                                      |                                                                                      |                                                                      |
| ※その他特記事項/Any other remarks                                                                                                                       |                                      |                                                                                      |                                                                      |

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明いたします。  
I hereby certify the above diagnosis to be true. 診断年月日/Date of diagnosis: \_\_\_\_\_ 年(Y) \_\_\_\_\_ 月(M) \_\_\_\_\_ 日(D)

所在地/Address: \_\_\_\_\_

医療機関名/Name of Hospital: \_\_\_\_\_

医師氏名/Physician's name: \_\_\_\_\_

