

西日本工業大学入学志願者健康診断書

CERTIFICATE OF PHYSICAL EXAMINATION

氏名 _____ 男 male 生年月日 Date of Birth : _____
 Name : _____ 女 female

国籍 _____ 現住所 _____
 Nationality : _____ Address : _____

1	身長 / Height _____	体重 / Weight _____	胸囲 / Girth of chest _____
	視力 / Eyesight 裸眼 / Without correction 矯正 / With correction 左 / Left _____ / _____ 右 / Right _____ / _____	聴力 / Hearing 左 / Left _____ 右 / Right _____	
	運動機能 / Locomotive System 正常 / Normal ... <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal ... <input type="checkbox"/>	言語 / Speaking 正常 / Normal ... <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal ... <input type="checkbox"/>	
2	既往症のある場合は、 <input type="checkbox"/> にチェックし、その罹患時の年齢を記入する。 History of past illness : (if any, indicate it with age of contraction)		
	結核 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	リウマチ <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
	Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
	てんかん <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
	Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
	糖尿病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	その他の伝染病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
	Diabetes	Allergy	Other communicable disease
3	現在、病気にかかっている場合は、その内容を詳しく記載する。 Present Condition : (Please describe any existing diseases in detail)		
4	エックス線検査 Chest X-ray examination 健康... <input type="checkbox"/> Normal 要観察... <input type="checkbox"/> to be 要医察... <input type="checkbox"/> Require medical treatment 撮影月日 Date of examination 所見 Describe the condition of applicant's lungs		
5	現在の健康状況は次のとおりである。 I diagnose that applicant's health and physical conditions are : 優... <input type="checkbox"/> 良... <input type="checkbox"/> 可... <input type="checkbox"/> 不可... <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor		
6	本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。 Do you think the applicant's condition is acceptable for him/her to study in Japan? 可... <input type="checkbox"/> 不可... <input type="checkbox"/> Yes No		
7	その他の特記事項 Any other remarks :		
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 I hereby certify the above diagnosis.			
診断年月日 / Date : _____			
署名 / Physician's signature : _____			
氏名 / Physician's name : _____			
住所 / Physician's address : _____			

(注) 医師が記入すること
 Note : This certificate must be completed by a certified physician.

切り取り線