Yamagata University Certificate of Health

(to be completed by the examining physician) 山形大学健康診断書

Please fill out in Japanese or English. 日本語または英語により明記すること。

氏名 Name:			□ 男 Male	
	name	other name(s)	□ 分 Male □ 女 Fema 生年月日 Da	le
			年齢 Age:	
1. 身体検査 Physic	al Examinations			
(1) 身 Height (2) 血 Blood p	圧	体 重 Weight: mm/Hg~	_ kg _ mm/Hg	
血 液 Blood Ty		AB RH +	脈拍 □整 regul Pulse □不整 irreg	
(3) 視 Eyesig	力 ht: <u>(R) (L)</u> 裸眼 without glasses	, <u>(R) (L)</u> 矯正 With glasse		
(4) 聴 Hearing	力 □ 正常 norma □ 異常 impair		語 □ 正常 nor peech □ 異常 imp	
X 線検査の日付も Please describe the r	いて、聴診と X 線検査の記入すること。(6 か月」 esults of applicant's chest X chan 6 months prior to this o	以上前の検査は無効) K-ray.		
肺 Lu	ings: □正常 normal □異常 impaired	心臓 田	eart: □正常 normal □異常 impaired	
	◆ Date Film No.	異常がある場合 [▲] 心電図 Electro	C I	ormal npaired
3. 現在治療中の病気	Current diseases:			
□Yes □No	(Disease:)	
現在服薬中の薬	Currently taking med	icine		
□Yes □No	(Medicine:)	

4.	既往症 Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
	・結核 Tuberculosis□() ・マラリア Malaria□() ・その他の感染症 Other infectious diseases□() ・てんかん Epilepsy□() ・腎臓病 Kidney disease□() ・心臓疾患 Heart Diseases□() ・糖尿病 Diabetes□() ・薬物アレルギー Drug Allergy□() ・精神病 Psychosis□() ・四肢の機能異常 Functional Disorder in extremities□() ・食物アレルギー Food allergy□()
5.	検査 Laboratory tests ・検 尿
	Urine test:糖 glucose(),タンパク質 protein(),潜血 occult blood()
	・赤 沈 白 血 球 赤 血 球 ESR:
	ヘモグロビン トランスアミナーゼ
	Hemoglobin: g/dL GPT: IU/L
	志願者の既往歴,診察・検査の結果から判断して,現在の健康の状況は充分に留学に耐えうるものと思われますか? In view of the applicant's history and the results stated above, do you judge his/her health status as adequate to pursue studies in Japan?
5	障害や慢性的疾患等があるために、修学上の支援や配慮を必要とする場合は、障害の種類・程度、必要な配慮内容、現在大学で受けている配慮内容について予めお知らせください。内容によっては十分に配慮ができない場合もあります。 In case the applicant needs assistance or special consideration when studying because of some disability or chronic disease, please describe here the type and degree of disability, how much and what sort of assistance (s)he may need and how much (s)he currently receives at the home university. There may be cases where Yamagata University is unable to provide sufficient assistance.
	日付 DateYY/MM/DD 署名 Signature :
	医師氏名 Physician's name in print:
	検査施設名 Office/Institution:
	所在地 Address: