



- ・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

ESR: \_\_\_\_\_ mm/Hr

- 白血球

WBC count: \_\_\_\_\_ / $\mu$ L

- 赤血球

RBC count: \_\_\_\_\_  $10^4/\mu$ L

- ヘモグロビン

Hemoglobin: \_\_\_\_\_ g/dL

- トランスアミナーゼ

GPT: \_\_\_\_\_ IU/L

6. 診察医が診た印象を述べてください。Examining physician's overall impression :

7. 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十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?

Yes

No

8. 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 Date YY/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 : \_\_\_\_\_