

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 : _____, _____
surname other name(s)

男 Male
 女 Female
 生年月日 Date of Birth : _____
 年齢 Age : _____

1. 身体検査 Physical Examinations

(1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 Height : _____ cm Weight : _____ kg

(2) 血圧 _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg
 Blood pressure : _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg

血液型 Blood Type :

A	B	O	AB	RH	+
				-	

 脈拍 整 regular
 Pulse 不整 irregular

(3) 視力 Eyesight : (R) (L) , (R) (L)
裸眼 without glasses 矯正 With glasses or contact lenses

(4) 聴力 Hearing 正常 normal 異常 impaired
 言語 Speech 正常 normal 異常 impaired

2. 申請者の胸部について、聴診と X 線検査の結果を記入してください。
 X 線検査の日付も記入すること。(6 か月以上前の検査は無効)
 Please describe the results of applicant's chest X-ray.
 (X-rays taken more than 6 months prior to this certification are not valid.)

肺 Lungs: 正常 normal
 異常 impaired
心臓 Heart: 正常 normal
 異常 impaired

異常がある場合
 心電図 Electrocardiograph : 正常 normal
 異常 impaired

Date

Film No.

3. 現在治療中の病気 Current diseases:

Yes (Disease: _____)
 No

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: _____ mm/Hr WBC count: _____ / μ L RBC count: _____ $10^4/\mu$ L

ヘモグロビン トランスアミナーゼ
Hemoglobin: _____ g/dL 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 : _____
