

(医師に記入してもらうこと) (to be completed by the examining physician)
日本語又は英語により明瞭に記載すること Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

事務処理欄 For Office Use Only

日本女子大学交換留学生入学志願者健康診断書

Exchange Student Applicant's Health Certificate (Japan Women's University)

氏名 Name	姓 Family name	名 Given name	ミドルネーム Middle name
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day
		出生地 Place of birth	

1.身体検査 Physical examination

(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)視力 Eyesight	右 R	☐ 裸眼 Without glasses ☐ 矯正 With glasses or contact lenses	左 L
		☐ 裸眼 Without glasses ☐ 矯正 With glasses or contact lenses	
(4)聴力 Hearing	右 R	☐ 異常なし Normal ☐ 軽度難聴 Slight hard of hearing ☐ 難聴 Hard of hearing	左 L
		☐ 異常なし Normal ☐ 軽度難聴 Slight hard of hearing ☐ 難聴 Hard of hearing	

2.胸部 X 線検査 (6 か月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)

撮影年月日 Date of X-ray	年 Year	月 Month	日 Day	備考 Note : T-Spot(If performed, please enter the result and date)
	胸部 X 線所見 Describe the condition of lungs		肺 Lungs	
			☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	

3.感染症の既往 History of infectious diseases

該当するものにチェックと完治時期を記入、いずれも該当しない場合は無しにチェックすること。
Please check and fill in the date of recovery.If NOT contracted any of them in the past,please check "None".

✓	無し None	✓	感染症名 Infectious Diseases	完治時期 Date of recovery	✓	感染症名 Infectious Diseases	完治時期 Date of recovery
			結核 Tuberculosis			麻疹 Measles	

4.現在治療中の病気・既往歴 Current diseases under treatment & past illnesses

該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は無しにチェックすること。
Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".

✓	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery / Under treatment	✓	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery / Under treatment	✓	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery / Under treatment
	無し None			てんかん Epilepsy			アレルギーによる アナフィラキシー Anaphylaxis due to allergy	
	心疾患 Epilepsy			精神疾患 Psychosis			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	
	糖尿病 Diabetes			その他病名 Other Diagnoses	[		]	

5.医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health

継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。 Please write if the applicant needs regular medication or treatment.If you do not have a particular opinion,please write as such.	
---	--

6.志願者の既往症、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 above findings, is it your observation that her health status is adequate to pursue studies in Japan?

☐ はい Yes	☐ いいえ No	
日付 Date	年 Year	月 Month
		日 Day
所在地 Address		
医療機関名 Institution		
医師署名 Physician's Signature		