

健康診断証明書
Physical Examination Certificate

氏 名
Name in full

生年月日
Date of Birth

現 住 所
Address

I 身長 _____ cm 体重 _____ kg
Height Weight
視力 右 _____ 左 _____
Eye sight (R) (L)
矯正視力 右 _____ 左 _____
With Glasses (R) (L)
聴力 右 正常 ・ 異常 左 正常 ・ 異常
Hearing (R) normal / Abnormal (L) normal / Abnormal
血圧 最高 _____ mmHg 最低 _____ mmHg
Blood Pressure Sys. Dia.
検尿 タンパク ー 士 十 糖 ー 士 十 潜血 ー 士 十
Urinalysis Protein Sugar Occult Blood

II X 線撮影 直接 ・ 間接 (撮影年月日) 年 月 日
X-ray Direct Indirect

結果 result ☒

☐ 異常なし Normal

☐ 異常あり (X 線所見 Please comment on condition of applicant's lungs giving date of test.)

III その他の診断事項

Please describe in detail if you find any disease, including chronic ones, or physical handicaps.

既往症

Please indicate past illness if applicant had.

IV 所 見： この志願者の健康状態は下記の通りである。
In my opinion the general state of the applicant's health is:

優 良 可 不可
Excellent Good Fair Poor

医師名 Name of Physician

診断機関名 Name of Clinic

住所 Address

診断日 Date of Examination

健康調査問卷 Health Condition Questionnaire

健康調査票に記載された個人情報とは在学中の健康管理に役立てることを目的としています。あなた自身のことについて、ありのままを教えてください。学校の判断により、病気の治療に関する聞き取りを行う場合があります。何卒ご理解ください。健康調査問卷中所填寫の個人情報僅用於本校學生在校期間の健康管理。請您確實填寫以下每個項目。由於學習生活安全上的顧慮，學校有時候也會針對學生們現在是否有對以下的病症採取治療而進行諮詢，造成不便尚請見諒。

氏名 Name in full									
生年月日 Date of Birth			年 year	月 month	日 day	性別 Sex	男 Male	・ /	女 Female
現在病歴・過往病歴 Medical history 請確認以下項目。 Please check the conditions that apply.									
現在有在醫院進行治療。 I have some medical care or treatment at hospital or clinics now. ☐ 無 No ☐ 有 Yes (病名 Disease/Diagnose: _____)									
現在有服用藥物。 I have some medication regularly now. ☐ 無 No ☐ 有 Yes (病名 Disease/Diagnose: _____)									
肺結核 Tuberculosis	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
心臟病 Cardiac Diseases	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
恐慌症 Panic Disorder	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
識字障礙 Dyslexia	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
憂鬱症 Depression	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
躁鬱症 Bipolar disorder	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
癲癇 Epilepsy	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
自閉症 Autism	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
睡眠障害 sleep disorder	☐ 無 No	☐ 有 (治療中) Yes (in treatment)	☐ 有 (過去) Yes (in the past)	治療期間 Treatment Period:	年 year	月 month	～	年 year	月 month
※請在此寫下自己健康方面有其他需要注意或協助的部分。									
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 Date: _____ year _____ month _____ day									
以上所寫的皆正確無誤。 I hereby certify that the above information is true and correct.									
氏名 Name in full _____									