

酪農学園大学 健康診断証明書 **CERTIFICATE OF HEALTH**


※医師が記入のこと。(日本語または英語により明瞭に記載すること。) To be completed by the physician. Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English

氏名 Name	Family name 姓	Given name 名	Middle name ミドルネーム
生年月日 Date of Birth	年 月 日 yyyy mm dd	年齢 Age	

## 1. 身体検査 Physical examination

①身長 Height	cm	②体重 Weight	kg
③血圧 Blood Pressure	mmHg~ mmHg	④血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
⑤脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 正 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	⑥聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
⑦視力 Eyesight	裸眼 Without glasses (右 R) (左 L)	矯正 With glasses or contact lenses (右 R) (左 L)	
⑧色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	⑨言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

## 2. 胸部聴診およびX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)

	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 yyyy mm dd
		フィルム番号 Film No.	
		①肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		②心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated 無 No 有 Yes: 病名 Disease

## 4. 既往症 (該当するものに+か-および完治時期/治療中を記入)

Past illness/disorder (Please indicate with + or - and fill in the 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
	結核 Tuberculosis			マラリア Malaria	
	腎疾患 Kidney disease			てんかん Epilepsy	
	糖尿病 Diabetes			心疾患 Heart disease	
	薬剤アレルギー Drug allergy			精神疾患 Psychosis	
	その他感染症 Other communicable disease			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

## 5. 検査 Laboratory tests

①尿検査 Urinalysis	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood		
②貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	白血球数 WBC count	血色素量 Hemoglobin	gm/dl	貧血 Anemia
③肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	GOT (AST)	γ-GTP	(IU/l)	

## 6. 医師の所見 Physician's Impression of the applicant's health.

継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入ください。  
Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.

In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies/research in Japan? (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?)

**YES**  **NO** \*Please be sure to check either "YES" or "NO"

日付 Date	医師署名 Physician's Signature
検査施設名 Office/ Institution	所在地 Address