中部学院大学・中部学院大学短期大学部

③

健　康　診　断　書

（３ヶ月以内に医師が記入したもの）

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　性　別　　　男 　・　 女

生年月日　　　　年　　　月　　　日生（満　　　　歳）　　　　電　話

現住所

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **１．身体検査** | | | | | | | | | | | | |
| 身長　　　　　　　　cm | | | 視力 | | 右：裸眼（　　.　　）矯正（　　.　　） | | | | | 聴力 | 右 | |
| 体重　　　　　　　　kg | | | 左：裸眼（　　.　　）矯正（　　.　　） | | | | | 左 | |
| **２．現在治療中の病気** | | | * 無　　□ 有：病名 | | | | | | | | | |
| **３．既住症** | | | ✔ | 病名 | | | 完治時期/治療中 | ✔ | 病名 | | | 完治時期/治療中 |
| 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が該当しない場合は「無し」にチェックすること。 | | |  | 結核 | | |  |  | マラリア | | |  |
|  | その他感染症 | | |  |  | てんかん | | |  |
|  | 腎疾患 | | |  |  | 心疾患 | | |  |
|  | 糖尿病 | | |  |  | 薬剤アレルギー | | |  |
| ✔ |  | 無し |  | 精神疾患 | | |  |  | 四肢機能障害 | | |  |
| **４．エックス線検査**  □ 健康  □ 要観察  □ 要医療  　撮影年月日 | | | | | | | | | 所見 | | | |
| **５．医師の診断・意見**  　継続的治療・投薬、その他の問題がない場合も、その旨ご記入ください。 | | | | | |  | | | | | | |
| **６．本人の健康状況で日本留学は可能かどうか**  □　可　　　　　□　不可 | | | | | | | | | | | | |

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。

機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　医師名

診断年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所