HIROSHIMA UNIVERSITY OF ECONOMICS, SHORT-TERM EXCHANGE PROGRAM

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

氏　名　　□男 Male　　生年月日　　.　.　　国　籍
Name in full_____　　□女 Female　　Date of birth:_____　　Nationality:_____

現住所
Address:_____

1. 身長(Height)　　cm,　　体重(Weight)　　kg,
視力(Eyesight)

裸眼(Without glasses)	矯正(With glasses)	聴力(Hearing)	色神(Color-blindness)
右(Right)	／	右(Right)	正常(Normal)・・・・・・□
左(Left)	／	左(Left)	異常(Abnormal)・・・・□

2. 既往症について、ある場合はチェック□し、その罹患時の年齢を記入して下さい。
History of past illness:(if any, indicate it with your age of contraction.)

結　　核 □____歳(Age)	マラリア　□____歳(Age)	リューマチ □____歳(Age)
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
てんかん　□____歳(Age)	腎 疾 患　□____歳(Age)	心 臓 疾 患 □____歳(Age)
Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
糖 尿 病　□____歳(Age)	アレルギー □____歳(Age)	その他の伝染病疾患 □____歳(Age)
Deabetes	Allergy	Other communicable diseases

3. 現在、病気があればチェックして下さい。
Present condition: (if any, please indicate.)

扁桃腺、鼻又は咽喉・・・・・・・□	心臓又は血管・・・・・・・・・・・・・□	胃又は消化器官・・・・・・・・・・・・・□
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels	Stomach or Digestive System
泌尿生殖器・・・・・・・・・・・・・・・□	脳又は神経組織・・・・・・・・・・・・□	血液又は内分泌器官・・・・・・・・・□
Genito-Urinary System	Brain or Nervous System	Blood or Endocrine System
肺又は呼吸器官・・・・・・・・・・・□	骨、関節又は運動器官・・・・・・・□	皮　膚・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・□
Lungs or Respiratory System	Bones, Joints or Locomotor System	Skin
その他内臓器官・・・・・・・・・・・□		
Other Abdominal Organs		

4. エックス線検査　Chest X-ray examination
健　康・・・□ Normal
要観察・・・□ to be rechecked
要医察・・・□ Require medical treatment
撮影年月日　Date of examination

所見
(Describe the condition of applicant's lungs)

5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。
I diagnose that the applicant's health and physical conditions are;
優・・・□　良・・・□　可・・・□　不可・・・□
Excellent　Good　Fair　Poor

6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。
Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan ?
可・・・・・・□　不可・・・・・・□
Yes　No

7. その他特記事項　Any other remarks;

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis.

署　　名
Physician's signature:
氏　　名
Physician's name:
住　　所
Physician's address:

診断年月日
Date:_____