

## 健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

### 注意事項


- ・医師に記入してもらうこと。
- ・日本語又は英語により明瞭に記載すること。

### Instruction

- to be completed by the examining physician.
- Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	姓 Surname		名 Given name		ミドルネーム Middle name	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男性 Male	生年月日 Date of Birth	yyyy	/mm	/dd	国籍 Nationality
	<input type="checkbox"/> 女性 Female					

1. 身体検査 Physical examination			
身長 Height	cm	体重 Weight	kg

2. 胸部聴診及びX線検査 Physical and X-ray examinations of the chest			
	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	yyyy /mm /dd
		(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
※1年以内に実施したPPDまたはIGRA検査（結核の血液検査）の結果、陰性だった場合は胸部X線は省略可。検査日・結果を以下に記載してください。 Chest X-ray can be omitted if the result of an examination for PPD or IGRA (TB blood test) within one year are negative. Please indicate the date and results of the examination below.			
PPD	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	検査年月日 Date of examination	yyyy /mm /dd
IGRA	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease
------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------

4. 既往症 Past illness/disorder	<input checked="" type="checkbox"/>	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	<input checked="" type="checkbox"/>	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
		無し None				
アレルギーの有無		食物アレルギー Food allergy			薬剤アレルギー Drug allergy	
		動物アレルギー Animal allergy			その他アレルギー Other allergy	
感染症などの病歴について Record of infectious diseases and immunization.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	麻疹 Measles	Date of Recovery / Immunization	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	風疹 Rubella	Date of Recovery / Immunization
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	流行性耳下腺炎 Mumps	Date of Recovery / Immunization	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	水痘 Varicella	Date of Recovery / Immunization

5. 医師の診断・意見 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下さい。 Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.

6. 本人の既往歴、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本学での修学に耐えうるものと思えますか？ In view of the person's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies at ASU?	日付 Date	
	医師署名 Physician's Signature	
	検査施設名 Office/Institution	
	所在地 Address	
<input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO ※必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、大学は修学の中止や延期を要請または助言することがあります。Please be sure to check either "YES" or "NO". If "YES" is not checked, ASU may request or advice the student to cancel or reschedule the plan to study at ASU.		