

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 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	国籍 Nationality
		yyyy mm dd	

1. 身体検査 Physical examination	
身長 Height	体重 Weight

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	年 月 日 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・結果を以下に記入してください。 (X-ray, PPD, IGRAのうち、いずれか一つの検査結果が必要)			
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 (The results of PPD or IGRA are alternative for those who cannot take X-ray examination).			
<input type="checkbox"/> PPD <input type="checkbox"/> IGRA <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		検査年月日 Date of examination	年 月 日 yyyy mm dd

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	✓	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
		無し None				
アレルギーの有無 Please indicate if the applicant has any allergies.		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.		麻疹 Measles <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	Date of Recovery / Immunization		風疹 Rubella <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	Date of Recovery / Immunization
		流行性耳下腺炎 Mumps <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	Date of Recovery / Immunization		水痘 Varicella <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vaccinated	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われますか？ 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 advise the student to cancel or reschedule the plan to study at ASU.		