

2026年度

健康診断書 (医師が記入のこと)

受験番号	※
学籍番号	※

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

東京国際大学
Tokyo International University

氏名 男 Male 生年月日 国籍
Full Name: 女 Female Date of birth: Nationality:

現住所
Present address:

1. 身長 (Height) cm, 体重 (Weight) kg			
視力 (Eyesight)		聴力 (Hearing)	色神 (Color-blindness)
裸眼 (Without glasses) 矯正 (With glasses)		左 (Left)	正常 (Normal) <input type="checkbox"/>
左 (Left) /		右 (Right)	異常 (Abnormal) <input type="checkbox"/>
右 (Right) /			

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ください。
History of past illness: (if any, indicate it with your age of contraction.)

結核 <input type="checkbox"/> 歳(Age)	マラリア <input type="checkbox"/> 歳(Age)	リウマチ <input type="checkbox"/> 歳(Age)
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
てんかん <input type="checkbox"/> 歳(Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> 歳(Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> 歳(Age)
Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> 歳(Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> 歳(Age)	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> 歳(Age)
Diabetes	Allergy	Other communicable diseases

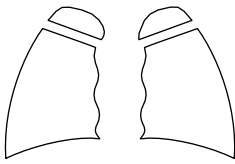
☑ 現在、病気があればチェックしてください。
Present condition: (if any, indicate it.)

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

4. エックス線検査 Chest X-ray examination:

健康 Normal
要観察 to be rechecked
要医療 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、本人の健康状態は次の通りである。
I diagnose that the applicant's health and physical conditions are:

優..... 良..... 可..... 不可.....
Excellent Good Fair Poor

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.

診断年月日
Date:

所在地
Physician's address:

医療機関名
Name of Clinic/Hospital

医師氏名
Physician's name:

印