

(注) ※印の欄は記入しないこと
Office use only

受験番号	※
学籍番号	※

健康診断書 (医師が記入のこと)

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) 裸眼 (Without glasses) 矯正 (With glasses) 聴力 (Hearing) 色神 (Color-blindness) 左 (Left) / 左 (Left) 正常 (Normal) ☐ 右 (Right) / 右 (Right) 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ください。 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) Diabetes Allergy Other communicable diseases	
3. 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..... ☐ 心臓又は血管..... ☐ Tonsils, Nose or Throat Heart or Blood Vessels 胃又は消化器官..... ☐ 泌尿生殖器官..... ☐ Stomach or Digestive System Genito-Urinary System 脳又は神経組織..... ☐ 血液又は内分泌器官..... ☐ Brain or Nervous System Blood or Endocrine System 肺又は呼吸器官..... ☐ 骨、関節又は運動器官... ☐ Lungs or Respiratory System Bones, Joints or Locomotor System その他内臓器官..... ☐ 皮膚..... ☐ 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