

# 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)      色盲(Color-blindness) 右(Right) /      右(Right)      正常(Normal) ..... <input type="checkbox"/> 左(Left) /      左(Left)      異常(Abnormal) ..... <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> _____ 歳(Age)      マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳(Age)      リューマチ <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) 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 ..... <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 ..... <input type="checkbox"/> 胃又は消化器官 ..... <input type="checkbox"/> Tonsils, Nose or Throat      Heart or Blood Vessels      Stomach or Digestive System 泌尿生殖器 ..... <input type="checkbox"/> 脳又は神経組織 ..... <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 ..... <input type="checkbox"/> Genito-Urinary System      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"/> 皮膚 ..... <input type="checkbox"/> Lungs or Respiratory System      Bones, Joints or Locomotor System      Skin その他内臓器官 ..... <input type="checkbox"/> Other Abdominal Organs		
4. エックス線検査 Chest X-ray examination 健康... <input type="checkbox"/> Normal 要観察... <input type="checkbox"/> to be rechecked 要医察... <input type="checkbox"/> 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... <input type="checkbox"/> 良... <input type="checkbox"/> 可... <input type="checkbox"/> 不可... <input type="checkbox"/> 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... <input type="checkbox"/> 不可... <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_