健 康 診 断 書

診察担当医が明瞭に記載してください

氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐男　　☐女

生年月日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

年　　齢：＿＿＿＿＿

1. 身体検査

(1) 身　長 ＿＿＿＿＿＿＿＿cm　　体　重 ＿＿＿＿＿＿＿＿kg

(2) 血　圧 ＿＿＿＿＿＿＿＿～＿＿＿＿＿＿＿＿mm/Hg　　脈拍　☐整　☐不整

(3) 視　力　(R)＿＿＿＿＿＿＿＿(L)＿＿＿＿＿＿＿＿　☐裸眼　☐矯正

(4) 聴　力　☐正常　☐低下

(5) 言　語　☐正常　☐異常

(6) 肺　　☐正常　☐異常

(7) 心　臓　☐正常　☐異常 →　心電図　（　　）

2. 胸部X線検査

撮影日 ＿＿＿＿＿＿（できる限り最近の撮影を実施のこと。少なくとも3カ月以内）

所見＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3. 尿検査：　糖（　　）　たんぱく（　　）　潜血（　　）

4. 病歴および既往症

☐ 結核	☐ マラリア	☐ その他の感染症
☐ てんかん	☐ 精神疾患	☐ 腎疾患
☐ 心疾患	☐ 肺疾患	☐ 消化器疾患
☐ 甲状腺疾患	☐ 膠原病	☐ 糖尿病
☐ 薬剤アレルギー	☐ 食物アレルギー	

☐ その他（　　）

5. 現在治療中の病気　☐ 無　　☐ 有

（病名・詳細　　）

障がいの有無　　☐ 無　　☐ 有

（詳細　　）

6. 予防接種歴

それぞれの感染症について、罹患歴、ワクチン接種歴または抗体価を記入してください

水痘 : 罹患歴 : 日付 (　　)
抗体価 : _____(日付　　)
予防接種 : 接種日1回目 (　　) 接種日2回目 (　　)
風疹 : 罹患歴 : 日付 (　　)
抗体価 : _____(日付　　)
予防接種 : 接種日1回目 (　　) 接種日2回目 (　　)
麻疹 : 罹患歴 : 日付 (　　)
抗体価 : _____(日付　　)
予防接種 : 接種日1回目 (　　) 接種日2回目 (　　)
流行性耳下腺炎: 罹患歴 : 日付 (　　)
抗体価 : _____(日付　　)
予防接種 : 接種日1回目 (　　) 接種日2回目 (　　)

【フィールド活動をする学生】
破傷風 : 予防接種 : 接種日 (　　) (5年以内)

【医療実習をする学生】
B型肝炎 : 抗体価 : _____(日付　　)
予防接種 : 接種日1回目 (　　) 接種日2回目 (　　) 接種日3回目 (　　)

7. 志願者の健康状態について

□留学に耐えうる　　□留学に支障あり

8. 特記すべき事項(特に支援が必要な場合は、具体的に明記して下さい)

医師署名 : _____ 日　付 : _____

医療施設名 : _____

所 在 地 : _____

T E L : _____ F A X : _____

Eメール: _____