

# 茨城大学外国人留学生健康診断書

Health Certificate of an International Student for Ibaraki University (for special auditor) (特別聴講学生用)

氏名 name	ファミリー (Family)	ファースト (First)	ミドル (Middle)	<input type="checkbox"/> 男 male <input type="checkbox"/> 女 female	現住所 address: 〒 zip-code
	自国語 mother tongue				
	ローマ字 English				
	カナ表記 Japanese in katakana				
生年月日 date of birth	年 Y	月 M	日 (満 D (years old)		

(check)

視力 eyesight	右 right (corrected)	聴力 audition	右 right normal
	左 left		左 left
色覚 color discrimination	<input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 異常 ( ) abnormal	運動機能 障害 dyskinesia	<input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 異常 ( ) abnormal
エックス 線 検査 X-ray diagnosis	撮影方法 method of photographing <input type="checkbox"/> 間接 indirectly <input type="checkbox"/> 直接 directly photograph number 撮影番号: date of photographing 平成 年 Y 月 M 日撮影 D		入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容 Express existence or nonexistence and detail of any noteworthy illness on the view of health care in the university.
	所見 none Opinion <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 yes		主な現在症 present illness 既往症 past illness
	( <input type="checkbox"/> treatment / <input type="checkbox"/> observation is necessary )		特記事項等 special mention items warranting special mention

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

I attest above contents based on the results of diagnostics.

平成 年 Y 月 M 日 D  
date

address 住所 (所在地) \_\_\_\_\_

name of the institute or hospital 医療機関名 \_\_\_\_\_

name of the doctor and signature or seal 医師の氏名 \_\_\_\_\_ (印) seal

## 【記入上の注意】

- 1) 視力に異常がある場合は、必ず矯正視力を記入してください。
- 2) その他各欄は必ず記入し、所見のない場合でも空欄とせず、なし、斜線等を記入し、記載漏れでないことがわかるようにしてください。記載漏れ場合、再提出してもらうこととなりますので注意してください。

## 【NOTES】

- 1) If eyesight is not normal, be sure to fill out the corrected eyesight.
- 2) Please don't leave columns in blank. In order to prevent accidental skip, please fill any word, e.g. none.