

## 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	姓 (Family)	名 (Given)	ミドル(Middle)	<input type="checkbox"/> 男 Male / <input type="checkbox"/> 女 Female
自国語 Mother Tongue				現住所 address
ローマ字 Alphabet				
カナ表記 Japanese Katakana				
生年月日 Date of birth (Year/Month/Day)		/ /		満年齢 歳 years old

視力 Eyesight	右 Right 左 Left	( (corrected) ( (corrected)	聴力 Hearing	右 Right 左 Left
色覚 Color vision	<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 ツ ク ス 線 検 査  X-ray Exam	撮影方法 method of photographing <input type="checkbox"/> 間接 indirectly <input type="checkbox"/> 直接 directly 撮影番号 Photo number : 撮影日 Date : / / 所見 Clinical findings : <input type="checkbox"/> 無 None 有 <input type="checkbox"/> 要処置 Treatment is necessary <input type="checkbox"/> 要経過観察 Follow-up is necessary (詳細 Details)		主な 現在症  Current illness	入学後の健康管理上注意すべき疾 病の有無とその内容 Describe existence or nonexistence and detail of any noteworthy illness on the view of health care in the university.
			既往症 Past illness	
			特記 事項等 Special notes	

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.

Date : / / (year / month / day)

住所 (所在地) Address \_\_\_\_\_

医療機関名 Name of medical institution \_\_\_\_\_

医師の氏名 Name of the doctor \_\_\_\_\_

サインまたは印 Signature or seal

[印]

## 【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 blank.  
In order to prevent accidental skip, please fill any word, e.g. none.