

(外国人留学生選抜)

2024年度(令和6年度)北海道情報大学
外国人留学生選抜

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

To be completed by the physician. Please fill out in Japanese, English, Please PRINT.

氏名 Applicant's Name : _____ Sex : M F 性別 生年月日 Date of Birth : _____
Family name Given name

1. 身長 Height : _____ cm 体重 Weight : _____ . kg 血圧 Blood pressure : _____ ~ _____ mmHg
視力 Visual Acuity : (R) (L) (R) (L) 色覚 color Visions : _____ 聴力 Auditory Acuity : _____
裸眼without glasses 矯正with glasses or 視力contact lenses (Audiometry if possible)

2. 既往症 : 既往症の有無を で記入してください。
History of past illness: please check any of the following conditions or diseases which apply to the applicant.
 結核 Tuberculosis 外傷 Trauma てんかん Epilepsy
 腎疾患 Kidney disease 気管支喘息 Bronchial asthma 自然気胸 Pneumothorax
 精神神経疾患 Nervous and mental disorder 小児まひ Poliomyelitis 四肢の機能障害 Disorder of extremities
 手術 Operation 心臓病 Cardiac disease その他 Any other disease
上記の中で を記したものがあれば、詳しく記入してください。
Please describe in detail any of the items checked above.

3. 現在の状態 : もし、病気または異常があれば詳しく記入してください。
Present condition of health: please describe in detail any disease or disorder which the applicant has.

4. 志願者の肺の状態を詳しく説明してください。X線検査の結果を撮影年月日とともに記入してください。
Physical examination of applicant's lungs and the result of chest X-ray and date. If there are abnormalities, please describe in detail.

診断した結果、志願者の健康状態は次のとおりです。
In my opinion, the applicant's health and physical conditions are :

診断した結果、志願者は、身体上就学に差し支えありません。
In my opinion, the applicant is physically able to study at a university.
Please check: Yes No

日付 Date: _____

署名 Physician's Signature: _____

氏名 Name: _____

検査施設名 Institution: _____

所在地 Address: _____

厳封して志願者に渡すこと。(This form should be filled by the physician under seal secrecy.)