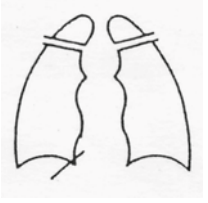


東京福祉大学

健康診断書(医師が記入のこと)

健康診断証明 (医師填写)

氏名 姓名: _____ ☐男 ☐女 生年月日 出生年月日: _____ 国籍 国籍: _____
現住所 _____
現住址: _____

| | |
|--|--|
| 1. 身長(身高) _____ cm, 体重(体重) _____ kg, 視力(视力) _____ 聴力(听力) _____ 血圧 (血压) _____ mmHg 裸眼(裸眼视力) _____ 矯正(矫正视力) _____ / _____ 左(左) _____ 左(左) _____ 右(右) _____ 右(右) _____ 血液型(血型) _____ ツベルクリン反応(結核菌素反応) _____ _____, RH 陰性(阴性)…… <input type="checkbox"/> 陽性(阳性)…… <input type="checkbox"/> 不明・未受診…… <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ください。 既往病史(如有以下病症罹患经历,请注明患病时的年龄) 結核 <input type="checkbox"/> __歳(岁) マラリア <input type="checkbox"/> __歳(岁) リューマチ <input type="checkbox"/> __歳(岁) 结核 疟疾 风湿热 てんかん <input type="checkbox"/> __歳(岁) 腎疾患 <input type="checkbox"/> __歳(岁) 心臓疾患 <input type="checkbox"/> __歳(岁) 癲癇 肾脏疾患 心脏疾患 糖尿病 <input type="checkbox"/> __歳(岁) アレルギー <input type="checkbox"/> __歳(岁) その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> __歳(岁) 糖尿病 过敏反应 其他传染性疾病 |
| 3. 現在、病気があればチェックしてください。 現在健康状況(如有以下疾患,请注明) 扁桃腺、鼻又は咽喉…… <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 …… <input type="checkbox"/> 扁桃腺、鼻咽喉 心脏或血管 胃又は消化器官 …… <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器官 …… <input type="checkbox"/> 胃或消化器官 泌尿生殖器官 脳又は神経組織 …… <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 …… <input type="checkbox"/> 大脑或神经组织 血液或内分泌器官 肺又は呼吸器官 …… <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官…… <input type="checkbox"/> 肺或呼吸器官 骨, 关节或运动器官 その他内臓器官 …… <input type="checkbox"/> 皮膚 …… <input type="checkbox"/> 其他内脏器官 皮肤 | 4. エックス線検査 胸部X线検査 健康… <input type="checkbox"/> 正常 要観察… <input type="checkbox"/> 要观察 要医療… <input type="checkbox"/> 要治疗 撮影年月日 _____ 胸片检查年月日 _____  所 見 _____ (胸片所見) |
| 5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 本人健康状況诊断结果如下: 優…… <input type="checkbox"/> 良…… <input type="checkbox"/> 可…… <input type="checkbox"/> 不可…… <input type="checkbox"/> 优 良 可 不可 | 7. その他特記事項 其他特记事项 |
| 6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。 本人的健康状況是否适合日本留学? 可… <input type="checkbox"/> 不可… <input type="checkbox"/> 可 不可 | |

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。
诊断结果如上, 特此证明

診断年月日 _____
诊断日期: _____

署 名 _____
簽 名 _____
氏 名・資 格 _____
姓名 & 职称: _____
検査施設名 _____
医疗机构名称 _____
所 在 地 _____
地 址: _____

