

2025年度 健康診断書 (医師が記入のこと)

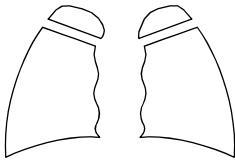
受験 番号	※ 25
学籍 番号	※ 25

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

東京国際大学
Tokyo International University

氏名 _____ 男 Male 生年月日 _____ 国籍 _____
Full Name: _____ 女 Female Date of birth: _____ Nationality: _____

現住所
Present address: _____

1. 身長 (Height) _____ cm, 体重 (Weight) _____ kg 視力 (Eyesight) 裸眼 (Without glasses) 矯正 (With glasses) 聴力 (Hearing) 色神 (Color-blindness) 左 (Left) / 左 (Left) 正常 (Normal) <input type="checkbox"/> 右 (Right) / 右 (Right) 異常 (Abnormal) <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。 History of past illness: (if any, indicate it with your age of contraction.) 結核 <input type="checkbox"/> 歳(Age) マラリア <input type="checkbox"/> 歳(Age) リューマチ <input type="checkbox"/> 歳(Age) Tuberculosis Malaria Rheumatic fever てんかん <input type="checkbox"/> 歳(Age) 腎疾患 <input type="checkbox"/> 歳(Age) 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 歳(Age) Epilepsy Kidney diseases Cardiac diseases 糖尿病 <input type="checkbox"/> 歳(Age) アレルギー <input type="checkbox"/> 歳(Age) その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> 歳(Age) Diabetes Allergy Other communicable diseases	
3. 現在、病気があればチェックしてください。 Present condition: (if any, indicate it.) 扁桃腺、鼻又は咽喉..... <input type="checkbox"/> 心臓又は血管..... <input type="checkbox"/> Tonsils, Nose or Throat Heart or Blood Vessels 胃又は消化器官..... <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器官..... <input type="checkbox"/> Stomach or Digestive System Genito-Urinary System 脳又は神経組織..... <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官..... <input type="checkbox"/> Brain or Nervous System Blood or Endocrine System 肺又は呼吸器官..... <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官..... <input type="checkbox"/> Lungs or Respiratory System Bones, Joints or Locomotor System その他内臓器官..... <input type="checkbox"/> 皮膚..... <input type="checkbox"/> Other Abdominal Organs Skin	4. エックス線検査 Chest X-ray examination: 健康 <input type="checkbox"/> Normal 要観察 <input type="checkbox"/> to be rechecked 要医療 <input type="checkbox"/> Require medical treatment 撮影年月日 _____ Date of examination 所見 (Describe the condition of applicant's lungs) 
5. 診断の結果、本人の健康状態は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical conditions are: 優..... <input type="checkbox"/> 良..... <input type="checkbox"/> 可..... <input type="checkbox"/> 不可..... <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor	

その他特記事項
Any other remarks: _____

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis.

診断年月日
Date: _____

所在地
Physician's address: _____

医療機関名
Name of Clinic/Hospital _____

医師氏名
Physician's name: _____

印