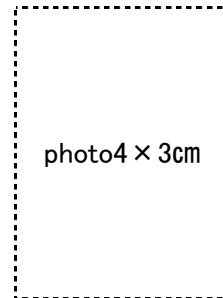


Sun-A International Academy
健康診断書 (Health Certificate)

該当項目をチェックのこと (Please tick the box.)
 2年制 2-year 1.5年制 1.5-year (indicate the program for which you are applying.)



基本データー Basic Data

氏名 name	性別 gender <input type="checkbox"/> 男 male <input type="checkbox"/> 女 female
	ローマ字 氏 family name, 名 first name in Roman letters
国籍 nationality	配偶者 marital status <input type="checkbox"/> 無 single <input type="checkbox"/> 有 married
	漢字 氏 family name, 名 first name in Chinese letters
職業 present status	19 / / 生年月日 Birth Date (19 yy / mm / dd)
住所 address & tel.	出生地(国、省、市、県) Birth Place (city, state, country)
緊急連絡先 in case of em'cy	氏名・関係 name & relationship 住所・電話番号 address & tel.:
旅券 passport no.	

病歴 Medical History

A. 心臓病 heart disease <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No.	E. 糖尿病 diabetes <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No.
B. 高血圧 hypertension <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No.	F. 結核病 tuberculosis <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No.
C. 肺炎 lung disease <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No.	G. その他 others _____
D. 肝病 liver disease <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No.	

身体検査 Physical Examination

A. 身長 height _____ cm	E. 視力 vision 右 right eye 左 left eye
B. 体重 weight _____ kgs	F. 色覚 color blindness <input type="checkbox"/> 正常 nor <input type="checkbox"/> 異常 abnormal
C. 血圧 blood pressure _____ mmHg	G. 聴覚 hearing 右 right ear <input type="checkbox"/> 正常 nor <input type="checkbox"/> 異常 abnormal
D. 脈拍 pulse _____ times per mir.	左 left ear <input type="checkbox"/> 正常 nor <input type="checkbox"/> 異常 abnormal

検査データー Laboratory Examination

A. ツベルクリン検査 tuberculin reactor <input type="checkbox"/> 陽性 Positive(+) <input type="checkbox"/> 擬陽性 Suspected (+) <input type="checkbox"/> 陰性 Negative(-)
B. 胸部X線撮影 chest X-ray tuberculin reactor <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
C. HIV検査 serological test for HIV <input type="checkbox"/> 陽性 Positive(+) <input type="checkbox"/> 陰性 Negative(-)

所見 & 診断結果 Findings & Diagnoses

異常診断がある場合の所見 Summary of abnormal physical findings, if any.

 診断結果 Medical Diagnoses.

診察日 exam date	20__ / ____ / ____.
病院名 hospital name	
住所 address & tel.	
医師名 doctor name	氏名 name(print) 署名・押印 signature & sea 日付 date(yyyy, mm, dd)