

立教大学 特別外国人学生 健康診断書
RIKKYO UNIVERSITY SPECIAL INTERNATIONAL STUDENT
CERTIFICATE OF HEALTH

Note: The applicants must have this document completed by physician and attach it with the application for the admission as Special International Student.

PART A: To be completed by the applicant:

氏名 Name in full _____

性別 Sex 男 Male 女 Female

生年月日 Date of birth _____ 19 _____
(date) (month) (year)

現住所 Current address _____

日付 Date _____

署名 Signature _____

1. 病歴：過去に掛かったことのある、あるいは現在罹患している病気を以下から選択し、該当するものをチェックしてください。

History of present or past illness (please select any of the diseases you have had or currently have):

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 喘息
Asthma | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう
Chicken Pox | <input type="checkbox"/> うつ病
Depression | <input type="checkbox"/> ひきつけ
Convulsions |
| <input type="checkbox"/> てんかん
Epilepsy/Seizures | <input type="checkbox"/> 糖尿病
Diabetes | <input type="checkbox"/> 消化器系
疾患
Digestive Tract
Problem | <input type="checkbox"/> 摂食障害
Eating Disorder |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患
(動悸、不整脈等)
Heart Diseases
(Palpitation etc.) | <input type="checkbox"/> 風疹
German
Measles | <input type="checkbox"/> 肝炎
(A,B,C)
Hepatitis
(A,B,C) | <input type="checkbox"/> 麻疹
Measles |
| <input type="checkbox"/> リューマチ
Rheumatism | <input type="checkbox"/> 結核
Tuberculosis | その他の病気
Other diseases
(please specify) _____ | |

2. アレルギーはありますか？ **Do you have any allergies?** はい Yes いいえ No

「はい」と答えた人は、具体的に教えてください。 **If yes, please specify:** _____

4. 現在医師から処方された医薬品を服用していたり、特別な治療を受けていたりしていますか？

Are you now taking any medication or treatment from a doctor?

はい Yes いいえ No

「はい」と答えた人は、薬品の服用や治療を日本での滞在中も続ける予定ですか？

If yes, will you continue taking medication or treatment during your stay in Japan? はい Yes いいえ No

「はい」と答えた人は、現在服用中の薬品や受けている治療について詳細を教えてください。

If yes, please provide detailed information regarding the medication or treatment you have been taking:

薬品・治療の種類 Type of medication/treatment: _____

頻度 Frequency:

times

(per week · per day)

分量(薬品の場合) Amount:

(in case of prescribed medication)

(mg) X

() times

per day

備考 Remarks: _____

現在医師から処方されたもの以外の医薬品を服用していますか？

Are you currently taking any nonprescription medication?

はい Yes いいえ No

「はい」と答えた人は、具体的に教えてください。 **If yes, please specify:** _____

* Note: In case you plan to bring or import medicine for personal use in Japan, you need to check the information on the following websites.

Please keep in mind that certain types of medicine available overseas may not be approved for use in Japan and prohibited to import.

【注意】日本国内に個人使用の目的で医薬品を持ち込む場合は、以下のウェブサイトの情報を必ず確認しておいてください。

医薬品の種類によっては、日本国内で使用の認可を受けておらず、持込が禁止・制限されているものもあります。

The Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan: <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/import/index.html>

The US Embassy in Tokyo: <http://tokyo.usembassy.gov/e/acs/taes-medimport.html>

5. 過去1年間に、専門医の診察(医療・精神医療)を受けたことはありますか? はい Yes いいえ No

Have you ever been under the care of a specialist (medical or mental health) during the past year?

「はい」と答えた人は、具体的に教えてください。 If yes, please explain the details:

診察を受けた時期
Date of Treatment

PART B: To be completed by the examining physician:

1. 当該学生は現在医師の診察を受けていますか? はい Yes いいえ No

Is the student receiving treatment from physician currently?

「はい」の場合、具体的に教えてください。 If yes, please explain the details:

2. Section Aの1.に記載した病気で現在治療中のものがあれば、現状について教えてください。

Please describe the student's present health condition in details if she/he currently has or has had any of the diseases listed in section I. of Part A (student form):

3. X線所見・撮影日

Chest X-Ray

Normal

Abnormal

Date of Chest X-Ray

____ / ____ / ____

4. その他診断事項

Please give us details if the student has any acute/chronic disease, physical impairment or mental condition that needs attention.

5. 医師所見欄: 志願者の既往歴、診察及び検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に日本での留学に堪えうるものと思われますか。

Based on the applicant's health history and the findings, do you think that her/his current health condition is adequate to pursue intended study in Japan?

The applicant can participate in any educational/physical activities with no restrictions.

The applicant should not participate in the following types of activities:

(Types of activities)

(Reason)

医師名

日付 Date

Name of Physician

署名

Signature

医療機関名

Name of Hospital/Clinic

住所

Address
