**CERTIFICATE OF HEALTH**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name | 苗字を入力 , 名前を入力 | ID | IDを入力 | Gender | 性別を選択 |
|  | Family name | First name |  | （学籍番号） |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date of Birth | 誕生月を選択 /誕生日を選択/ 誕生年を選択又は入力 | (M/D/Y) | Age | 年齢を選択又は入力 |

1. Physical Examination　（身体検査）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Height | 身長を入力 | cm | Weight | 体重を入力 | kg |
| Blood pressure | 最高血圧を入力 | ～ | 最低血圧を入力 | mm/Hg | Pulse | 結果を選択又は自由記入 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Eyesight | 眼鏡およびコンタクトの使用・不使用を選択 | (R) | 右目視力を入力 | (L) | 左目視力を入力 |
| Hearing | 聴力検査結果を選択又は自由記入 | Speech | 話す能力結果選択又は自由記入 |
| Lungs | 肺の検査結果を選択又は自由記入 |  |
| Heart | 心臓の検査結果を選択又は自由記入 | Electrocardiograph | 心電計結果を選択又は自由記入 |

|  |  |
| --- | --- |
| Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を選択 |
| Ⅹ線検査結果を選択又は自由記入 |

2. Chest X-ray examinations　（胸部X線検査）



3. Urinalysis : （尿検査）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| glucose | ブドウ糖の検査結果を選択又は自由記入 | protein | 尿蛋白の検査結果を選択 |

4. Medical treatment at present: 現在の通院の選択又は自由記入
 Physical disability: 身体障害の選択又は自由記入

5. Past history:（既往歴）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tuberculosis（結核） | 有無を選択 | Malaria（マラリア） | 有無を選択 | Other infectious disease（その他の感染症） | 有無を選択 |
| Epilepsy（てんかん） | 有無を選択 | Psychosis（精神疾患） | 有無を選択 | Kidney disease（腎疾患） | 有無を選択 |
| Heart disease（心疾患） | 有無を選択 | Lung disease（肺疾患） | 有無を選択 | Gastrointestinal disease（消化器疾患） | 有無を選択 |
| Thyroid disease（甲状腺疾患） | 有無を選択 | Collagen disease（膠原病） | 有無を選択 | Diabetes mellitus（糖尿病） | 有無を選択 |
| Drug allergy（薬物アレルギー） | 有無を選択 | Others（その他） | 自由記入 |

6. The applicant's health status is adequate to pursue studies in 国名を記入. （留学先の国名）

7. Status of immunization : 予防接種について

Antibody Titer：抗体価

Immunization：予防接種

|  |
| --- |
| Measles : 麻疹 |
| Antibody Titer | Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Result | 結果を入力 | (EIA) | 免疫の有無を選択 |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Rubella : 風疹 |
| Antibody Titer | Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Result | 結果を入力 | (EIA) | 免疫の有無を選択 |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択/ 日を選択 / 年を入力 |
| Mumps : おたふく |
| Antibody Titer | Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Result | 結果を入力 | (EIA) | 免疫の有無を選択 |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択/ 日を選択 / 年を入力 |
| Varicella : 水痘 |
| Antibody Titer | Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Result | 結果を入力 | (EIA) | 免疫の有無を選択 |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択/ 日を選択 / 年を入力 |
| Tetanus, Diphtheria, Pertussis : 破傷風、ジフテリア、百日咳（3種混合） |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択/ 日を選択 / 年を入力 |
| Date3 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date4 | 月を選択/ 日を選択 / 年を入力 |
| Tetanus, Diphtheria : 破傷風、ジフテリア（2種混合） |
| Immunization | Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Tdap vaccine (tetanus, diphtheria, pertussis) : 三種混合ワクチン成人追加 |
| Immunization | Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Hepatitis B : B型肝炎 |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Date3 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |  |
| Hepatitis A : A型肝炎 |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Date3 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |  |
| Meningitis : 髄膜炎菌性髄膜炎 |
| Immunization | Date | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Polio : ポリオ |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Japanese encephalitis : 日本脳炎 |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |
| Others : その他（　　　　　　　　）（何を打ったか記載） |
| Immunization | Date1 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 | Date2 | 月を選択 / 日を選択 / 年を入力 |

Signature: Date:

Physician's Name (Print): Mayumi Yamamoto, MD, PhD, MBA.

Office/Institution: Health Administration Center, Gifu University

Address: 1-1 Yanagido, Gifu 501-1193, Japan

Phone: +81-58-293-2174 Fax : +81-58-293-2177

E-mail address: hokencen@gifu-u.ac.jp