宇都宮大学特別聴講学生健康診断証明書 CERTIFICATE OF HEALTH

UTSUNOMIYA UNIVERSITY

ふりがなName in hiragana		男 Male ・ 女 Female	エックス線所見 X-ray exam 直接 Direct　間接 Indirect
氏　名 Name			
生年月日Date of Birth	_____ (day) _____ (month) _____ (year)		Date : _____ (d) _____ (m) _____ (y)
身　長 Height	・　cm	主なる既往症 Previous illness ☐有 Yes　☐無 No ↓ 詳細 Provide Details	所見 Findings : ☐Normal ☐Abnormal ↓ 詳細 Provide Details
体　重 Weight	・　kg		
視　力 Eyesight 右 (R)	・　(　・　) With glasses		
視　力 Eyesight 左 (L)	・　(　・　) With glasses	主な現在疾患 Illness treated at Present ☐有 Yes　☐無 No ↓ Illness	検査の結果標記のとおり診断する。 I certify the following true. Date : _____ (d) _____ (m) _____ (y) Signature : _____ 医師氏名 Physician's Name in Print : _____
聴　力 Hearing	右 (R)　左 (L)		検査施設名 Clinic/Hospital : _____
その他の診断事項 Comments :		入学後の健康管理上、注意すべき疾患の有無とその内容 Any health concerns to pursue studies in Japan. ☐有 Yes　☐無 No ↓ 詳細 Provide Details	住所 Address :
			※　総合判定
判　定	※　検査不要・要 再 検・要 精 密		※　医師氏名　印

健康診断受診上の注意

1　この証明書は、願書受付日前３か月以内の診断の結果によるものであること。Exam must have taken place with in 3 months before application.

2　虚偽の受診をしたことが発見された場合は、入学決定後でも許可を取消すことがあります。Falsification of this doc may result in expulsion.

3　※印欄は記入しないでください。Don't write anything in space with ※ mark.