様式4　Form4　茨城大学外国人留学生健康診断書

Health Certificate of an International Student for Ibaraki University (for special auditor)（特別聴講学生用）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名Name | 姓（Family） | 名（Given） | ミドル(Middle） | □男 Male ／ □女 Female |
| 自国語Mother Tongue |  |  |  | 現住所 address |
| ローマ字Alphabet |  |  |  |
| カナ表記Japanese Katakana |  |  |  |
| 生年月日Date of birth　(Year/Month/Day) |  / / | 満年齢 |  | 歳years old |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 視　力Eyesight | 右　　　．　　　（　　．　　）Right (corrected)左　　　．　　　（　　．　　）Left (corrected) | 聴　力Hearing | 右 Right 左 Left  |
| 色　覚Color vision | □正常 normal□異常（　　　　　　　　　　） abnormal | 運動機能障　　害Dyskinesia | □正常 normal□異常（　　　　　　　　　　） abnormal |
| エックス線検査present illnesspast illnessitems warranting special mentionX-ray diagnosis | 撮影方法method of photographing□間接 indirectly□直接 directly撮影番号 Photo number： 撮影日 Date： / /所見 Clinical findings：□無　None有□要処置　Treatment is necessary□要経過観察　Follow-up is necessary（詳細　Details） | 主な現在症Currentillness | 入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容Describe existence or nonexistence and detail of any noteworthy illness on the view of health care in the university. |
| 既往症Pastillness |  |
| 特記事項等Specialnotes |  |
| X-rayExam |
| addressname of the institute or hospitalname of the doctor and signature or sealsealdateYMD診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。I attest above contents based on the results of diagnostics. Date： / / (year / month / day)住所（所在地） Address 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名 Name of medical institution 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名 Name of the doctor 　　　　　　　　　　　　　　サインまたは印 Signature or seal 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[印] |

【記入上の注意】

１）視力に異常がある場合は、必ず矯正視力を記入してください。

２）その他各欄は必ず記入し、所見のない場合でも空欄とせず、なし、斜線等を記入し、記載漏れでないことがわかるようにしてください。記載漏れ場合、再提出してもらうことになりますので注意してください。

【NOTES】

1) If eyesight is not normal, be sure to fill out the corrected eyesight.

2) Please don’t leave columns blank.

In order to prevent accidental skip, please fill any word, e.g. none.