

# 宇都宮大学・大学院 科目等履修生 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  Date :                  _____ (d) _____ (m) _____ (y) 所見 Findings : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ↓ 詳細 Provide Details
氏名 Name					
生年月日Date of Birth		_____ (day) _____ (month) _____ (year)			
身長 Height		.                  c m		主な既往症 Previous illness    主な現在疾患 Illness treated at Present (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.)	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 : _____  検査施設名 Clinic/Hospital : _____  住所 Address : _____
体重 Weight		.                  k g			
視力 Eyesight	右 (R)	(                  ) With glasses			
	左 (L)	(                  ) With glasses			
聴力 Hearing		右 (R)	左 (L)	※ 総合判定	
その他の診断事項 Comments :					
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**

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