

# 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	胸部エックス線検査 Chest X-rays examination
氏名 Name					直接 Direct      間接 Indirect      デジタル Digital
生年月日Date of Birth		_____ (day) _____ (month) _____ (year)			Date : _____ (d) _____ (m) _____ (y)
身長 Height		_____ . _____ c m		主なる既往症 Previous illness <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No ↓ 詳細 Provide Details	所見 Findings : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ↓ 詳細 Provide Details
体重 Weight		_____ . _____ k g			
視力 Eyesight	右 (R)	_____ . _____ ( _____ . _____ ) With glasses		主な現在疾患 Illness treated at Present <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No ↓ 詳細 Provide Details	本人の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に 本学での修学に耐えうるものと思われますか？ In view of the person's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies at Utsunomiya University?  <input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No  ※必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。 Please be sure to check either "YES" or "NO".
	左 (L)	_____ . _____ ( _____ . _____ ) With glasses			
聴力 Hearing		右 (R)	左 (L)	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. <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No ↓ 詳細 Provide Details	検査の結果標記のとおり相違ないことを証明する。 I certify that the results of the inspection are as described.  Date : _____ (d) _____ (m) _____ (y)  Signature : _____ 医師氏名 Physician's Name in Print : _____  検査施設名 Clinic/Hospital : _____  住所 Address : _____
その他の診断事項 Comments :					

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.