

# 宇都宮大学・大学院 国際交流会館等 入寮希望者用 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 直接 Direct      間接 Indirect      デジタル Digital	
氏 名 Name					Date :      (d)      (m)      (y)	
生年月日Date of Birth		_____ (day) _____ (month) _____ (year)			所見 Findings : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal ↓ 詳細 Provide Details	
身 長 Height		.      c m		主な既往症 Previous illness <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 無 No ↓ 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		
	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		
その他の診断事項 Comments :						
				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 : _____		
				※ 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

- 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.