

宇都宮大学・大学院 国際交流会館
等入寮希望者

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	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 : _____
	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	※ 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.