

**立教大学 短期日本語集中プログラム 健康診断書**  
**RIKKYO UNIVERSITY SHORT-TERM INTENSIVE JAPANESE PROGRAM**  
**CERTIFICATE OF HEALTH**

**PART A: 学生記入欄 To be completed by the student**

氏名 Name in full

生年月日 Date of birth

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(年 year) (月 month) (日 day)

男 Male  
 女 Female

現住所 Current address

\_\_\_\_\_

署名 Signature

\_\_\_\_\_

日付

Date

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(年 year) (月 month) (日 day)

1. 病歴：過去に掛かったことのある、あるいは現在罹患している病気を以下から選択し、該当するものをチェックしてください。

History of present or past illness (please select any of the diseases you have had or currently have):

- |  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 喘息<br>Asthma  | <input type="checkbox"/> 水ぼうそう<br>Chicken Pox              | <input type="checkbox"/> うつ病<br>Depression       | <input type="checkbox"/> ひきつけ<br>Convulsions  | <input type="checkbox"/> てんかん<br>Epilepsy/Seizures     |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病<br>Diabetes   | <input type="checkbox"/> 消化器系疾患<br>Digestive Tract Problem | <input type="checkbox"/> 摂食障害<br>Eating Disorder | <input type="checkbox"/> 風疹<br>German Measles | <input type="checkbox"/> 肝炎(A,B,C)<br>Hepatitis(A,B,C) |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患<br>(動悸、不整脈等)<br>Heart Diseases<br>(Palpitation etc.) | <input type="checkbox"/> 麻疹<br>Measles                     | <input type="checkbox"/> リューマチ<br>Rheumatism     | <input type="checkbox"/> 結核<br>Tuberculosis   |  |
| <input type="checkbox"/> その他の病気<br>Other diseases (please specify)                 | _____  |  |   |  |

2. アレルギーはありますか？ Do you have any allergies?  はい Yes  いいえ No

「はい」と答えた人は、具体的に教えてください。 If yes, please specify: \_\_\_\_\_

3. 現在医師から処方された医薬品を服用したり、特別な治療を受けたりしていますか？

Are you now taking any medication or treatment from a doctor?

はい Yes  いいえ No

「はい」と答えた人は、薬品の服用や治療を日本での滞在中も続ける予定ですか？

If yes, will you continue taking medication or treatment during your stay in Japan?

はい Yes  いいえ No

「はい」と答えた人は、現在服用中の薬品や受けている治療について詳細を教えてください。

If yes, please provide detailed information regarding the medication or treatment you have been taking:

薬品・治療の種類	Type of medication/treatment:	_____	
頻度	Frequency:	回数 times	(週 per week ・ 日 per day)
分量(薬品の場合)	Amount: (in case of prescribed medication)	(      mg ) X (      ) times	per day
備考	Remarks:	_____	

4. 現在医師から処方されたもの以外の医薬品を服用していますか？

Are you currently taking any nonprescription medication?

はい Yes  いいえ No

「はい」と答えた人は、具体的に教えてください。 If yes, please specify: \_\_\_\_\_

**【注意】** 日本国内に個人使用の目的で医薬品を持ち込む場合は、以下のウェブサイトの情報を必ず確認しておいてください。医薬品の種類によっては、日本国内で使用の認可を受けておらず、持込が禁止・制限されているものもあります。

\*Note: In case you plan to bring or import medicine for personal use in Japan, you need to check the information on the following websites. Please keep in mind that certain types of medicine available overseas may not be approved for use in Japan and prohibited to import.

The Ministry of Health, Labor and Welfare of Japan: <http://www.mhlw.go.jp/english/topics/import/index.html>

The US Embassy in Tokyo: <http://tokyo.usembassy.gov/e/acs/tacs-medimport.html>

5. 過去1年間に、専門医の診察(医療・精神医療)を受けたことはありますか？  はい Yes  いいえ No

Have you ever been under the care of a specialist (medical or mental health) during the past year?

「はい」と答えた人は、具体的に教えてください。 If yes, please explain the details: \_\_\_\_\_

診察を受けた時期

Date of Treatment

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(年 year) (月 month) (日 day)

次ページに続く

Continued on the following page



**PART B: 医師記入欄 To be completed by the examining physician:**

1. 当該学生は現在医師の診察を受けていますか？  はい Yes  いいえ No  
Is the student receiving treatment from physician currently?

「はい」の場合、具体的に教えてください。

If yes, please explain the details: \_\_\_\_\_

2. PART Aの1.に記載した病気で現在治療中のものがあれば、現状について教えてください。  
Please describe the student's present health condition in details if she/he currently has or has had any of the diseases listed in section 1. of Part A (student form):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. X線所見・撮影日 Chest X-Ray

※留学を開始する1年以内に実施した検査であること。未実施の場合、または1年以上前の検査結果の場合は、来日後に自己負担で検査を実施していただきます。

※X-Ray taken within 1 year prior to enrollment is required. If not (or students have not taken X-ray), they are required to take X-Ray by individual payment after their arrival.

正常 Normal  異常 Impaired 撮影日 Date of Chest X-Ray \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(年 year) (月 month) (日 day)

4. その他診断事項

Please give us details if the student has any acute/chronic disease, physical impairment or mental condition that needs attention.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. 医師所見欄: 志願者の既往歴、診察及び検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に日本での留学に堪えるものと思われませんか。

Based on the student's health history and the findings, do you think that her/his current health condition is adequate to pursue intended study in Japan?

- 学生は問題なく留学生活を送ることができる。 The student can participate in any educational/physical activities with no restrictions.  
 学生は下記の活動に参加することができない。 The student should not participate in the following types of activities:

(活動の内容 Types of activities) \_\_\_\_\_

(理由 Reason) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

医師名

Name of Physician

日付

Date

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(年 year) (月 month) (日 day)

署名

Signature

医療機関名

Name of Hospital/Clinic

住所

Address