

(外国人留学生選抜)

2026年度(令和8年度)北海道情報大学
外国人留学生選抜

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

To be completed by the physician. Please fill out in Japanese, English, Please PRINT.

氏名
Applicant's Name : _____ Sex : M F 生年月日
Date of Birth : _____
Family name Given name

1. 身長 体重 血圧
Height : _____ cm Weight : _____ kg Blood pressure : _____ ~ _____ mmHg
視力 色覚 聴力
Visual Acuity : (R) (L) (R) (L) color Visions : _____ Auditory Acuity : _____
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or 視力 contact lenses (Audiometry if possible)

2. 既往症 : 既往症の有無をレで記入してください。
History of past illness: please check any of the following conditions or diseases which apply to the applicant.

☐ 結核 Tuberculosis ☐ 外傷 Trauma ☐ てんかん Epilepsy
☐ 腎疾患 Kidney disease ☐ 気管支喘息 Bronchial asthma ☐ 自然気胸 Pneumothorax
☐ 精神神経疾患 ☐ 小児まひ Poliomyelitis ☐ 四肢の機能障害
Nervous and mental disorder Disorder of extremities
☐ 手術 Operation ☐ 心臓病 Cardiac disease ☐ その他 Any other disease

上記の中でレを記したものがあれば、詳しく記入してください。

Please describe in detail any of the items checked above.

3. 現在の状態 : もし、病気または異常があれば詳しく記入してください。
Present condition of health: please describe in detail any disease or disorder which the applicant has.
4. 志願者の肺の状態を詳しく説明してください。X線検査の結果を撮影年月日とともに記入してください。
Physical examination of applicant's lungs and the result of chest X-ray and date. If there are abnormalities, please describe in detail.

診断した結果、志願者の健康状態は次のとおりです。

In my opinion, the applicant's health and physical conditions are :

診断した結果、志願者は、身体上就学に差し支えありません。

In my opinion, the applicant is physically able to study at a university.

Please check: ☐ Yes ☐ No

日付
Date: _____

署名
Physician's Signature: _____

氏名
Name: _____

検査施設名
Institution: _____

所在地
Address: _____

厳封して志願者に渡すこと。(This form should be filled by the physician under seal secrecy.)