

(外国人留学生選抜)

2027年度(令和9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 矯正 with glasses or (Audiometry if possible)  
glasses 視力 contact lenses

2. 既往症 : 既往症の有無を  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.

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

上記の中で  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.)