

*Imprimez ce document pour qu'un médecin le remplisse et le signe.
Scannez-en une copie nette et lisible, joignez-la à votre dossier et remettez l'original lors de votre inscription à l'Institut.*

Certificat médical (健康診断証明書)

Département de Langue Japonaise de Institut de Langues de Tenrikyô

Nom et prénom (氏名): _____			
Date de naissance (生年月日): _____ / _____ / _____		Nationalité (国籍): _____	
Adresse du domicile actuel (現住所): _____			
Taille (身長): _____ cm	Poids (体重): _____ kg	Sexe (性別): ☐ Masculin (男) ☐ Féminin (女)	

1. Antécédents médicaux (病歴)

Veillez cocher les maladies que vous avez contractées par le passé.

(下記の病気にかかったことがあれば病名の左の□に ✓印を記すこと)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Tuberculose (結核) | ☐ Poliomyélite (小児マヒ) | ☐ Jaunisse (黄疸) |
| ☐ Asthme (喘息) | ☐ Névrose (神経症) | ☐ Anémie (貧血) |
| ☐ Maladie cardiaque (心疾患) | ☐ Psychose (精神病) | ☐ Malnutrition (栄養障害) |
| ☐ Maladie rénale (腎疾患) | ☐ Rhumatisme (リウマチ) | ☐ Traumatisme majeur (大きな外傷) |
| ☐ Maladie épidémique ou endémique (ex. paludisme, dysenterie amibienne) (伝染病、またはマラリア、アメーバ赤痢のような風土病) | | |
| ☐ Autres (他): _____ | | |

2. Description clinique actuelle (現症)

Acuité visuelle (視力) à droite (右) _____	à gauche (左) _____
Perception des couleurs (色覚): _____	Maladie oculaire (眼疾): _____
Acuité auditive (聴力): _____	Maladie auriculaire (耳疾): _____
Nez, Gorge et cavité buccale, Muqueuse buccale (鼻, 咽喉及び口腔粘膜): _____	
Peau (皮膚): _____	Lymphadénopathie (リンパ節腫張): _____
Résultat de la radiographie pulmonaire (胸部X線検査): _____	
Cœur (心臓): _____ Abdomen (腹部): _____	
Os, articulations, appareil locomoteur (骨、関節、運動器官): _____	
Autres anomalies (その他身体の異常): _____	

3. Conclusion : cochez une case (上記のもの診断結果、健康状態は・・・である。)

- ☐ Excellent (優) ☐ Bon (良) ☐ Passable (可) ☐ Fragile (不良)

Nom du médecin (医師の氏名): _____
Nom de l'établissement médical (医療機関名): _____
Adresse (住所): _____
Date de l'examen (診察日): _____ / _____ / _____
Signature du médecin (医師署名) _____