

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 au TLI.

Certificat médical (健康診断証明書)

Département de Langue japonaise du TLI

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)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tuberculose (結核) | <input type="checkbox"/> Poliomyélite (小児マヒ) | <input type="checkbox"/> Jaunisse (黄疸) |
| <input type="checkbox"/> Asthme (喘息) | <input type="checkbox"/> Névrose (神経症) | <input type="checkbox"/> Anémie (貧血) |
| <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque (心疾患) | <input type="checkbox"/> Psychose (精神病) | <input type="checkbox"/> Malnutrition (栄養障害) |
| <input type="checkbox"/> Maladie rénale (腎疾患) | <input type="checkbox"/> Rhumatisme (リウマチ) | <input type="checkbox"/> Traumatisme majeur (大きな外傷) |
| <input type="checkbox"/> 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) | | |
| <input type="checkbox"/> 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) _____