** Imprimir, fazer a consulta, obter a assinatura do médico, escanear e enviar com os demais documentos.*
Após a aprovação, trazer o original e entregar na escola.

HEALTH CERTIFICATE（健康診断証明書）

Japanese Language Department
Tenrikyo Language Institute

Name of Applicant（氏名）: _____

Date of Birth （生年月日）: ____ / ____ / ____ Citizenship（国籍）: _____

Present Address（現住所）: _____

Height（身長）: _____ cm Weight（体重）: _____ kg Sex（性別）: ☐ Male（男） ☐ Female（女）

1. MEDICAL HISTORY（病歴）

Please check the names of the diseases which you have ever contracted if any.

（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）

☐ Tuberculosis（結核） ☐ Poliomyelitis（小児マヒ） ☐ Jaundice（黄疸）

☐ Asthma（喘息） ☐ Neurosis（神経症） ☐ Anemia（貧血）

☐ Cardiac Disease（心疾患） ☐ Psychosis（精神病） ☐ Malnutrition（栄養障害）

☐ Renal Disease（腎疾患） ☐ Rheumatism（リューマチ） ☐ Major Trauma（大きな外傷）

☐ Epidemic or Endemic Disease (e.g., Malaria, Amebic dysentery)（伝染病、またはマラリア、アメーバ赤痢のような風土病）

☐ Others（他）: _____

2. PHYSICAL FINDINGS（現症）

Vision（視力）: Right（右） _____ Left（左） _____

Color Sense（色覚）: _____ Eye Disease（眼疾）: _____

Hearing（聴力）: _____ Ear Disease（耳疾）: _____

Nose, Pharynx & Oral cavity（鼻，咽喉及び口腔粘膜）: _____

Skin（皮膚）: _____ Lymphadenopathy（リンパ節腫張）: _____

Lung (Describe X-ray Findings if any)（胸部X線検査）: _____

_____

Heart（心臓）: _____ Abdomen（腹部）: _____

Bones, Joints, Locomotor System（骨、関節、運動器官）: _____

Other Abnormal Findings（その他身体の異常）: _____

3. GENERAL STATUS : check one（上記のもの診断結果、健康状態は･･･である。）

☐ Excellent（優） ☐ Good（良） ☐ Fair（可） ☐ Poor（不良）

Name of Physician（医師の氏名）: _____

Name of Clinic（医療機関名）: _____

Address（住所）: _____

Date（診察日）: ____ / ____ / ____

Signature of Physician（医師署名）: _____