



健康診断書 Health Certificate

Kanazawa Univ. Use Only

Section A: to be completed by the student (太枠内は本人が記入)

ふりがな Furigana		出身・所属 大学(機関)等 Home Institution	
氏名 Name			
生年月日 Birthdate	年 月 日 year month day	受験番号 Examinee Number	

Section B: to be completed by the student's physician who is not his/her parent or other relative

診断項目 Examination Items		医師所見及び意見 Physician's Evaluation
視力 Eyesight	右 R 裸眼 Without glasses: (矯正 with glasses/contacts:)	<input type="checkbox"/> 無 Normal <input type="checkbox"/> 有 以下のとおり If there is any abnormality, please explain it below. 修学上の留意事項: Issues pertaining to school attendance: <input type="checkbox"/> 無 None <input type="checkbox"/> 有 以下のとおり If you have any recommendations for this student's health care while at Kanazawa University, please explain.
	左 L 裸眼 Without glasses: (矯正 with glasses/contacts)	
聴力 Hearing	右 R <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Descriptions:)	
	左 L <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Descriptions:)	
胸部X線写真 Chest X-ray (提出時より1年 以内に撮影) (X-rays taken in the past 1 year)	撮影日: 年 月 日 X-ray Date year month day フィルム番号: Film No. 所見: Observations	
その他の疾病 及び異常 Condition on the other systems	<input type="checkbox"/> 無 Normal <input type="checkbox"/> 有 以下のとおり If there is any abnormal condition, please explain.	
上記のとおり証明する。 I certify that, to the best of my knowledge, the information provided here is true, correct, and complete.		
年 月 日 year month day	医師名 Name of Physician	
	医療機関名 Name of Medical Institution	
	住所 Address	
	医師の署名または印 Signature of Physician	

記入上の注意事項

Notes on Completing the Form

- 視力検査は、裸眼または矯正のどちらかを記入してください。
Please stipulate eyesight result as naked or corrected.
- 該当する□にレの印を付け、異常がある場合等は詳細を記入してください。
Please tick applicable boxes. In case there is any abnormality, please explain in details.
- 胸部X線写真は、提出時より1年以内に撮影したものの結果を記入してください。
An X-ray photo taken during the past 1 year prior to submission should be examined.
- 本学内からの入学者で定期健康診断(1年以内)を受診した者は、証明書自動発行機による健康診断証明書に代えてもかまいません。
If you are a student of Kanazawa University and had an annual medical checkup within past 1 year, the health certificate available from our automatic certificate issuing machine is also acceptable.
- 不明な点は、金沢大学保健管理センター(TEL 076-264-5255, E-mail:hokekan@kenroku.kanazawa-u.ac.jp)に問合せてください。
Please contact the Health Service Center with any questions (PH: +81-76-264-5255, E-mail:hokekan@kenroku.kanazawa-u.ac.jp).