Form 2

HEALTH CERTIFICATE
健康診断書

Full Name: _____ Date of Birth:
（氏名） （生年月日） Year / Month / Day

To the student（参加学生へ）:

Please answer the questions below **by ○ (circling) "Yes" or "No"**, before submitting to a physician for your physical examination.（健康診断を医師に申込む前に下記の設問に関しいずれかをチェックしてください。）

1. What diseases, illnesses, or injuries have you had in the past five years? (過去5年間にかかった病気、あるいは怪我の名を書いてください。) [ ]
2. Do you have any allergies to foods, plants, or animals? Yes / No
（食物、動植物にアレルギーはありますか。）
3. Have you ever had an adverse reaction to medication? Yes / No
（薬に対してアレルギーはありますか。）
4. Are you currently taking any medication? (現在、何か薬を飲んでいますか。) Yes / No

- -

To the physician（医師の方へ）:

Please review the applicant's medical history and complete the form below, providing details of any medical concerns or issues.（患者の病・傷害歴をお読みになってから診断、ご記入ください。）
Please circle "Yes" or "No" for each item as appropriate, and describe any concerns or issues in detail in English.（各項目につき＋かーいずれかを○で囲んでください。もし何か所見がみられれば英語で詳しくお書きください。）

		Are there any medical concerns or issues? （所見あり／なし）	If "Yes," describe the concerns/issues in detail (in English). （特筆すべき所見があれば記入してください）
1.	Head / Ears / Nose / Throat （頭/耳／鼻／喉）	Yes / No	
2.	Respiratory（呼吸器）	Yes / No	
3.	Cardiovascular（心臓／血管）	Yes / No	
4.	Eyes（目）	Yes / No	
5.	Genitourinary（泌尿生殖器）	Yes / No	
6.	Musculoskeletal（筋／骨）	Yes / No	
7.	Metabolic / Endocrine（代謝／分泌）	Yes / No	
8.	Neuropsychiatric, including learning disabilities（神経精神／学習障害など）	Yes / No	
9.	Skin（皮膚）	Yes / No	
10.	Other concerns / issues		

After reviewing the applicant's medical history and physical condition, I believe the applicant to be in good physical and mental health, free of any chronic conditions, disorders, or contagious diseases, and capable physically and mentally of completing a one or two semester term of study at Kyoto University.
（患者の病歴と健康状態を診た結果、私は上記の者が、肉体的にも精神的にも健康で、持病、伝染病、身体の不調無く、京都大学で1、2学期間、勉強を続けるのに支障はないと確信します。）

医療機関印 Official Stamp of Institution/Clinic	Date（診断日） Institution/Clinic（医療機関名）

Address（所在地）

el/fax/e-mail:

Name of Physician（医師氏名）

Signature（署名）