



鹿島学園高等学校 留学生健康診断書

Kashima Gakuen High School International Student Medical Examination Form

氏名 Name	生年月日 Date of Birth	性別 Sex	健診日 Medical Examination Day
	年 月 日 Year Month Day	男・女 Male・Female	年 月 日 Year Month Day

1. 健診項目についてご記入ください。
Please fill in the Medical Examination items.

病名 Disease	罹患状況 Disease status	詳細情報 Detailed Information	
		具体の病名 Specific Disease Name	治療状況 Treatment status
心臓病 Heart disease	有 無 Yes No		治療中・経過観察・治癒 Under treatment・Interim progress・Healing
結核 Tuberculosis	有 無 Yes No		治療中・経過観察・治癒 Under treatment・Interim progress・Healing

病名 Disease	予防接種状況 Vaccination records		ウイルス抗体価検査 Viral antibody test		検査法 Inspection Method
麻疹 (はしか) Measles	接種した Immunized	接種していない Unimmunized	抗体価陰性 Antibody Titer Negative	抗体価陽性 Antibody Titer Positive	
風疹 (三日はしか) Rubella	接種した Immunized	接種していない Unimmunized	抗体価陰性 Antibody Titer Negative	抗体価陽性 Antibody Titer Positive	

2. アレルギーについて記入して下さい。
Please note if you have suffered from any of the allergies listed below.

症状・病名等 Symptom・Disease	現在の状況 Current Situation	検査結果 Inspection results
食物アレルギー Food Allergy	有 無 Yes No	アレルギー物質をご記入ください。Please fill in allergic substances.
		服用する薬品名を記入ください。Please fill in the name of the medicine you are taking.
薬物アレルギー Drug Allergy	有 無 Yes No	アレルギー物質をご記入ください。Please fill in allergic substances.
		服用する薬品名を記入ください。Please fill in the name of the medicine you are taking.

3. その他 Other

A. カウンセリングや精神科の受診について、ご記入ください。

Please fill in information on counseling or psychiatric consultations.

有 無 Yes No

➡「有」と答えた方について現在状況をご記入ください。Please fill in the current situation for those when you answered "Yes".

受けている 受けていない
Receiving counselor or psychiatric consultants Not receiving counselor or psychiatric consultants

➡「受けている」方はご記入ください。Please fill in if you are receiving counselor or psychiatric consultants.

薬を服用している 薬を服用していない
Taking medicine Not taking medicine

➡「薬を服用している」と答えた方は薬の名前をご記入ください。

If you answered "I am taking medicine", Please fill in the name of the medicine.

薬名 Name of the medicine:

受診医療機関名
Medical Institution Name

印 (Official seal or Signature)

担当医師名
Doctor's Name

印 (Official seal or Signature)