**HEALTH CERTIFICATE**

to GAKUSHUIN UNIVERSITY

**Name：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　Gender：**

**Date of Birth： Year　　 　　　Month　　 　　　Day　　　　 　　Nationality：**

**Ⅰ．Examination**検査

Height：　　　　　cm　Weight：　　　　　kg 　Blood Pressure：　　　　　　/　　　　　　mmHg

Chest X-Ray：　　　　　 （Date of Examination：Year　　　　　Month　　　　　Day　　　　　）

✻Describe abnormalities：

**Ⅱ．Certificate of Previous Immunization and Record of Diseases**予防接種と既往歴の記録

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Type of Immunization | Status of Immunization | Date of Vaccination | | Age of Infection |
| Measles | □ taken before  □ never taken  □ unsure | Dose1 | □ date unknown |  |
| Dose2 |
| Rubella | □ taken before  □ never taken  □ unsure | Dose1 | □ date unknown |  |
| Dose2 |
| Mumps | □ taken before  □ never taken  □ unsure | Dose1 | □ date unknown |  |
| Dose2 |
| Varicella | □ taken before  □ never taken  □ unsure |  | □ date unknown |  |
| BCG | □ taken before  □ never taken  □ unsure |  | □ date unknown |  |
| Tuberculin skin test  ( PPD , Mantoux )  within the last year | □ Yes  □ No | Date of test:  Results: mm of induration | | |

**Ⅲ．History ( Injury, illness or operation/treated, under treatment )**既往歴（けが、病気、手術など／治療済み、治療中）

**Ⅳ．Is this applicant currently taking any medication ?**志願者は、現在服薬をしていますか？

□ NO　 　□ YES →　（　　　　　　　　　　　　　　　 　）

**Ⅴ．Has this applicant ever been allergic to anything ?**志願者は、これまでに何らかのアレルギーがありましたか？

□ NO

□ YES →　Medicine：（　　　　　　　　　　　　　　　 　）　Food：（　　　　　　　　　　　　　　　 　）

Other：（　　　　　　　　　　　　　　　 　）

**Ⅵ．Summary**所見

I believe this applicant ( IS / IS NOT ) physically and mentally able to study abroad.

REMARKS:

Date：Year　　 　　　Month　　 　　　Day　　　　 　　Physician's Signature：

Medical Office： 　Physician's Name：

Address：