国立高等専門学校第 3 学年編入学試験受験者

## 健 康 診 断 証 明 書

Medical Certificate

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名  Name |  | | |
| 生年月日  Date of Birth | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生  (Year) / (Month) / (Day) | 性別  Gender | 男　　・　　女  (Male) / (Female) |

診　断　事　項 Diagnostic items

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 視　　　　力  Eyesight | 右  Right | 裸眼 ・ 矯正（　　　　　　）  Unaided/Corrected (Value) | 左  Left | 裸眼 ・ 矯正（　　　　　　）  Unaided/Corrected (Value) |
| 聴　　　　力  Hearing | 右  Right | 正常 ・ 異常（　　　　　　）  Normal / Abnormal (Details) | 左  Left | 正常 ・ 異常（　　　　　　）  Normal / Abnormal (Details) |
| 色　　　　覚  Color Vision | 正常・異常（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  Normal / Abnormal (Details) | | | |
| 主な既往症  Previous Medical History | 有　　 （　　　　　　　才　　病名　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  Yes (Year of onset) (Name of a disease)  　　無  No | | | |
| その他特記事項  Notices | （入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無及び内容）  Existence and details of any health-care illnesses to be noted.  有　　 （内容　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  Yes Details  無  No | | | |

医　師　の　証　明 Physician's Certification

|  |
| --- |
| 診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。  I hereby certify that all the information given above is correct. |
| 西暦　　　　 　　年　　　　 月　　　　 日  Date 　(Year)　 /　　 (Month)　 / 　　(Day) |
| 住　　　所  Address of hospital |
| 医療機関名  Name of hospital |
| 医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞  Signature of doctor |

|  |
| --- |
| 健康診断証明書に関する注意事項  Notes on medical certificate  １．商船学科を志望する者のみ提出が必要となります。  出願期日前３ヶ月以内に医療機関で検査のうえ、医師が作成した証明書を提出してください。  Only applicants applying to the Department of Maritime engineering need to submit this form. A certificate prepared by a doctor after physical examination at a hospital must be submitted within three months prior to the application date.  ２．該当事項は○で囲んでください。  Please circle the relevant items.  ３．視力　Eyesight  検査結果が１．０以上であるときは「Ａ」、１．０未満０．７以上であるときは「Ｂ」、０．７未満であるときは「Ｃ」と記入して差し支えありません。ただし、「Ｃ」の場合は数値で記入してください。  You may write 'A' if the test result is 1.0 or more, 'B' if the result is less than 1.0 and more than 0.7, and 'C' if the result is less than 0.7. However, in the case of 'C', please write a numerical value.  ４．聴力　Hearing  異常の有無について記入してください。なお、有の場合は詳細に記入してください。  Please indicate whether there are any abnormalities. If yes, please provide details.  ５．色覚　Color Vision  色覚検査は石原色覚検査表国際版（38表版）又はパネルＤ-15を使用し、少なくともパネルＤ-15を用いた検査に合格することを確認してください。  For color vision testing, please use Ishihara plates (38 Table Edition) or Panel D-15, and ensure that the applicant passes at least the test using Panel D-15. |