

獨協大学志願者の方へ

Instructions to Applicants for Dokkyo University

1. 予防接種歴・結核検査歴と既往歴の記入について

Immunization History, TB Screening History, and Past History

獨協大学では、感染症の予防に取り組んでいます。本学に留学される方には、予防接種歴・結核検査歴および既往歴を確認させていただいています。志願者本人が、健康記録申告書（別紙 No.1）に記入し、医師作成の健康証明書（別紙 No.2）とともにご提出ください。

In our efforts to prevent and control communicable diseases, Dokkyo University requests you to submit the information on your immunization history, TB screening history, and past medical history. Please fill out the Health Records Declaration (Attachment No. 1), and ask your physician to complete the Certificate of Health (Attachment No. 2). Please submit both forms together.

2. 本学における胸部レントゲン検査の受検について

Chest X-ray Exam at Dokkyo University

日本では、結核が主要な呼吸器感染症となっています。そのため、入学年度に胸部レントゲン検査を受けていただくことは、日本の学校保健安全法や感染症法により義務づけられており、留学生の方には、日本において本学の費用負担のもとに検査を受けていただくことになっています。

ただし、本学留学開始日以前 1 年前までにレントゲン検査を受診した場合は、その診断結果を報告することにより、日本での検査は不要となります。

なお、日本における胸部レントゲン検査の被曝量はごく微量なので、健康上全く問題はありません。

In Japan TB is a major respiratory tract infection; therefore, a chest x-ray is required upon admission to Dokkyo University by the School Health and Safety Act and Infectious Disease Law. We ask that you have an x-ray in Japan at the expense of Dokkyo University.

However, if your chest x-ray was performed within one year prior to your Dokkyo University start date and its result is properly submitted, you will be exempted from an x-ray exam in Japan. Please note that a chest x-ray in Japan poses no health risks as the radiation exposure is extremely low.

健康記録申告書 (Health Records Declaration)

氏名 Name in Full	姓 (Family Name)	名 (First Name)	性別 <input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女 Sex Male ・ Female
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day
	年齢 Age		

下の 1 から 3 の項目に、記入してください。

Please complete Parts 1 through 3.

1. 予防接種歴 Immunization History (Please indicate with "Yes" or "No".)

麻疹 Measles (rubeola)	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No	ポリオ Polio	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No
流行性耳下腺炎 Mumps	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No	破傷風・ジフテリア混合 TD	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No
風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No	破傷風・ジフテリア・百日咳 TDP	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No
髄膜炎 Meningitis	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No	B型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No
BCG	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No	水痘 Varicella	<input type="checkbox"/> あり Yes	<input type="checkbox"/> なし No

2. 結核検査歴 TB Screening History

結核に関する検査を受けたことがありますか。 あり なし
Have you ever received a screening of TB? Yes No

Yes の方は、下欄に記入してください。 If yes, please describe the details below.

ツベルクリン反応検査 または インターフェロンγ 遊離試験 TB Skin Test : PPD or IGRA	検査日 Examination Date	年 Year	月 Month	日 Day
検査結果 Result	陽性 Positive	陰性 Negative		
陽性のため、胸部レントゲン検査を受けた場合は、右に記入してください。 If positive, and a chest X-ray was done:	検査日 Examination Date	年 Year	月 Month	日 Day
	結果 Result	<input type="checkbox"/> 結核であった Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 結核ではなかった Normal	

3. 既往歴 Past History

に+か-を記入してください。(Please indicate with "+" or "-")

<input type="checkbox"/> 結核 (Tuberculosis)	<input type="checkbox"/> 心臓の病気 (Cardiac Disease)	<input type="checkbox"/> 肺の病気 (Lung Disease)
<input type="checkbox"/> 消化器の病気 (Digestive Disease)	<input type="checkbox"/> 腎臓の病気 (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/> 肝臓の病気 (Liver Disease)
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (Diabetes)	<input type="checkbox"/> その他の伝染性疾患 (Other Communicable Disease)	<input type="checkbox"/> てんかん (Epilepsy)
<input type="checkbox"/> アレルギー (Allergy)	<input type="checkbox"/> 精神・脳神経系の病気 (Mental Disease or Nervous System Disease)	

健康証明書 (CERTIFICATE OF HEALTH)

氏名 Name in Full	姓 (Family Name) _____ 名 (First Name) _____	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 (Male) <input type="checkbox"/> 女 (Female)
生年月日 Date of Birth	年 _____ 月 _____ 日 _____ Year Month Day	年齢 Age	
現住所 Present Address			

検査 (Examination)

身長 Height	cm	体重 Weight	Kg	血圧 Blood Pressure	収縮期 Sys.	拡張期 Dia.
視力 Eyesight	左 () Left (With Glasses)	右 () Right (With Glasses)				
聴力 Hearing	左 Left	<u>Normal</u> ・ <u>Impaired</u>	右 Right	<u>Normal</u> ・ <u>Impaired</u>		

1、現症 Present Condition	病気や異常を認めるときには+、認めない時には-を記入してください。 Please indicate with "+" if you find any disease or disorder, and with "-" if not.					
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺、鼻または咽喉 (Tonsils, Nose or Throat)	<input type="checkbox"/> 循環器 (Heart or Blood Vessels)				
	<input type="checkbox"/> 呼吸器 (Lungs or Respiratory System)	<input type="checkbox"/> 消化器 (Stomach or Digestive System)				
	<input type="checkbox"/> 泌尿器 (Genito Urinary System)	<input type="checkbox"/> その他の腹部臓器 (Other Abdominal Organs)				
	<input type="checkbox"/> 精神・脳神経系 (Mental or Nervous System)	<input type="checkbox"/> 皮膚 (Skin)				
	<input type="checkbox"/> 血液・内分泌系 (Blood or Endocrine System)	<input type="checkbox"/> 眼の病気 (Ocular Disease)				
	<input type="checkbox"/> 骨・関節・運動器 (Bones, Joints or Locomotory System)	<input type="checkbox"/> 性病 (Venereal Disease)				

2、上記の1において、+を記入した場合には、それぞれの病気について詳しく記述してください。

Please provide details of the items marked "+" above in question #1.

3、心身の疾病または障害がある場合には、学業上配慮すべき障害の程度について記述してください。

If the applicant has a disease or disorder (mental or physical), please describe the degree of disability requiring special care with respect to study.

4、胸部の状態について、詳細に記述してください。(胸部レントゲン・心電図の結果、検査日時も含む)

Please describe the conditions of the applicant's chest in detail (including the dates and results of chest X-ray and ECG).

X-ray: (date) _____ (result) _____

ECG: (date) _____ (result) _____

5、志願者の健康と身体状態に関する所見(チェックしてください)

How would you describe the applicant's health and physical condition? (Please check)

大変良い(Excellent) _____ 良い(Good) _____ 普通(Fair) _____ 悪い(Poor) _____

6、志願者は、精神的及び身体的に留学に適した状態にあるとお考えになりますか。(チェックしてください)

Do you consider the applicant to be in adequate mental and physical condition for a study abroad program? (Please check)

可(Yes) _____ 不可(No) _____

医師氏名・医療機関名 (Name and Title of Physician)

住所 (Address)

サイン (Signature)



日付 (date)