

# Okayama University Short-term Exchange Program (EPOK)

International Student Division, General Affairs Office

Tsushima-naka, Okayama, Japan 700-8530

## Certificate of Health

Applicant's Name: .....  
(Family 姓) (First 名) (Middle ミドルネーム)

Date of Birth: ..... Sex 性別:  male 男  female 女  
(Month 月) (Day 日) (Year 年)

Current Address 現住所 .....

To Physician: Please describe the above person's health status below. 医師へ: 上記の者の健康状態について下記により記述して下さい。

Height 身長: ..... cm ( ft in) Weight 体重: ..... kg ( lb)

Sight: uncorrected 裸眼視力 right 右 ..... left 左 .....

corrected 矯正視力 right 右 ..... left 左 .....

Hearing 聴力: right 右 ..... left 左 .....

Chest X-ray findings 胸部X線所見:  nothing particular 特記事項なし  irregular finding(s) 異常あり

Please describe below any irregular finding(s) in the applicants respiratory organs 呼吸器系の異常があれば記述して下さい。

Blood Pressure 血圧 systolic 収縮期圧 ..... mmHg diastolic 拡張期圧 ..... mmHg

Pulse rate 心拍数 ..... arrhythmia 不整脈 .....

Other physical or mental findings その他の心身所見

Please describe applicant's medical history, if any. (e.g. hospitalization, major operation, physical disabilities) 志願者の既往歴があれば書いて下さい(例:入院歴、主な手術、身体障害)

Overall condition: Above taken together, is the general state of the applicant's health good enough for him/her to pursue the course of study for a year in Japan? Please check one 総合所見: 以上を総合して、志願者が日本国において一年間の学業をするのに十分な健康状態であると考えられますか? 一つ選んでチェックして下さい

- Excellent 非常によい  Good, probably no serious problem 良好、まず問題ない  
 May require some medical care 時に医療を要するかもしれない  Do not recommend 留学を勧めない

Signature of the physician 医師の署名

I hereby certify that above information is true and accurate to the best of my knowledge. 私が知りうる限りにおいて上記記載が真正であることを証明する。 Affiliation 所属

Signature 署名: ..... Print name ブロック体の氏名記載 ..... Date 日付 .....