

## 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）に記入し、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) and submit it.

#### 2. 本学における健康診断について

##### Health Checkup at Dokkyo University

留学生の方には、入学時に、本学の費用負担のもとに健康診断を受けてもらうことになっています。健診項目は、胸部レントゲン検査・心電図検査・血圧測定・身体計測（身長・体重）尿検査・内科診察です。

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います。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。

Exchange students are required to take a medical examination upon admission to Dokkyo University at the expense of the University. The medical examination includes a chest x-ray, electrocardiograms, measurement of height, weight and blood pressure, urine test, and a physical exam by a physician.

In Japan TB is a major respiratory tract infection; therefore, a chest x-ray upon admission is required by the School Health and Safety Act and Infectious Disease Law. 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 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male · <input type="checkbox"/> 女 Female
生年月日 Date of Birth	年 Year 月 Month 日 Day	年齢 Age	

下の 1 から 4 の項目に、記入してください。 Date : \_\_\_\_\_

Please complete Parts 1 through 4.

### 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 Yes ☐なし No  
Have you ever received a screening of TB ?

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)	

### 4. 現在治療中の病気や経過観察中の(定期的に受診している)病気がありますか？

Are you currently under any medical treatment or receiving follow-up care ? ☐あり Yes ☐なし No

ありと回答された方、それはどんな病気ですか？ If yes, what illness(es) do you have ?

---



---