



# 開倫塾日本語学校 健康診断書

Trường Nhật Ngữ KAIRIN JUKU - Mẫu giấy chứng nhận sức khỏe-

医師に記入してもらうこと。(日本語又は英語により明瞭に記載すること) Được hoàn thành bởi các bác sĩ kiểm tra. (Vui lòng điền (IN / LOAI) bằng tiếng Nhật hoặc tiếng Anh.)

1. 申請者本人について Người nộp đơn			
氏名 Họ Tên	姓 氏		名 氏
性別 Giới Tính	<input type="checkbox"/> 男 Nam	<input type="checkbox"/> 女 Nữ	生年月日 Ngày Sinh
			年 月 日 Năm Tháng Ngày

2. 身体検査 Khám sức khỏe			
(1)身長 Chiều cao	cm	(2)体重 Cân nặng	kg
(3)腹囲 Vòng eo	cm	(4)BMI指数 BMI	
(5)血圧 Huyết áp	mmHg~ mmHg	(6)血液型 Nhóm máu	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(7)脈拍 Xung	<input type="checkbox"/> 整 調 整 Đều đặn	(8)色覚異常の有無 Bệnh mù màu	<input type="checkbox"/> 正常  Bình thường <input type="checkbox"/> 異常  Suy yếu
(9)視力 Thị lực	裸眼 Không có kính	(右) (左) (Phải) (Trái)	(10)聴力 Thính giác
	矯正 Với kính hoặc kính áp tròng	(右) (左) (Phải) (Trái)	(11)言語 Phát biểu
			<input type="checkbox"/> 正常  Bình thường <input type="checkbox"/> 異常  Suy yếu

3. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Kết quả kiểm tra thể chất và X-quang (Ghi trong vòng 6 tháng)			
	(1)胸部X線所見 Mô tả tình trạng của phổi.	(2)撮影年月日 Ngày chụp X-quang	年 月 日 Năm Tháng Ngày
		(3)肺 Phổi	<input type="checkbox"/> 正常  Bình thường <input type="checkbox"/> 異常  Suy yếu
		(4)心臓 Bệnh cơ tim	<input type="checkbox"/> 正常  Bình thường <input type="checkbox"/> 異常  Suy yếu
		異常がある場合⇒心電図 <input type="checkbox"/> 正常  Bình thường Nếu suy yếu⇒ Máy đo điện tim <input type="checkbox"/> 異常  Suy yếu	

4. 検査 Xét nghiệm trong phòng thí nghiệm							
(1)尿検査 Xét nghiệm nước tiểu	糖 Glucose		蛋白 Chất đạm		潜血 Máu huyền bí		
(2)貧血検査 Xét nghiệm thiếu máu	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 Số lượng tế bào máu trắng	/cmm	血色素量 Huyết sắc tố	gm/d	貧血 Thiếu máu

5. 現在治療中の病気 Hiện tại bạn có bệnh gì đang phải điều trị không?	
<input type="checkbox"/> 無し Không	<input type="checkbox"/> 有り ⇒ 病名 ( ) Có Tên bệnh ( )

6. 既往症 Bệnh quá khứ / rối loạn	
今までにかかった病気はありますか? Trước đây, có từng mắc chứng bệnh nào không? <input type="checkbox"/> はい 有 <input type="checkbox"/> いいえ 無	
もしある場合、該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入してください。 Nếu có thể, vui lòng kiểm tra và đánh dấu thời gian chữa khỏi / điều trị trong quá trình điều trị.	
<input type="checkbox"/> 結核  Bệnh lao	<input type="checkbox"/> マラリア  Bệnh sốt rét
<input type="checkbox"/> 腎疾患  Bệnh thận	<input type="checkbox"/> 心疾患  Bệnh tim
<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー  Dị ứng thuốc	<input type="checkbox"/> 精神疾患  Tâm thần
<input type="checkbox"/> その他感染症  Bệnh truyền nhiễm khác (感染症名  Tên bệnh truyền nhiễm: )	<input type="checkbox"/> てんかん  Động kinh
	<input type="checkbox"/> 糖尿病  Bệnh tiểu đường
	<input type="checkbox"/> 四肢機能障害  Rối loạn chức năng ở tứ chi

7. 医師の診断・意見 Ấn tượng của bác sĩ về sức khỏe của người nộp đơn	
(1)現在の健康状態 Tình trạng chung về sức khỏe của người nộp đơn	
<input type="checkbox"/> 優 Thông minh	<input type="checkbox"/> 良 Tốt
<input type="checkbox"/> 可 Hội chợ	<input type="checkbox"/> 要精密検査 Yêu cầu thử nghiệm thêm
(2)志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えうるものと思われますか? Theo quan điểm về lịch sử của ứng viên và những phát hiện trên, bạn có nhận thấy tình trạng sức khỏe của anh ấy / cô ấy là đủ để theo đuổi việc học ở Nhật Bản không?	
<input type="checkbox"/> はい  Đúng	<input type="checkbox"/> いいえ  Không

日付(年月日) Ngày	署名 Chữ ký
医師氏名 Tên bác sĩ	検査施設名 Văn phòng/tổ chức
所在地 Địa chỉ	電話番号 Số điện thoại