

Hawaii Seminar Japanese Language School
HEALTH CERTIFICATE

NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____

Measles/MMR Immunization (はしかの予防接種)

(注) 以下の条件においてのみはしかの予防接種が免除されます。(a) 1957年以前に生まれた方。
(b) 過去にはしかの予防接種を受けた記録のある方。(c) 免疫性を証明する血液検査 *serologic evidence of immunity* の記録のある方。

First Dose: _____ **Second Dose:** _____
Month/Year Month/Year

Date of Disease: _____ Date of Positive Serologic Test: _____

Name of Clinic/Hospital: _____

Address of Clinic/Hospital: _____

General Remarks on the Student's Health: _____

Signature of Physician: _____

Date

Tuberculin Examination (ツベルクリン検査)

SKIN TEST RESULTS:

Positive

Negative

(Please indicate the size of reaction)

(注) ツベルクリン検査が陽性の場合、胸部のレントゲン検査を必ず受けてください。

Examination Date: _____

Name of Clinic/Hospital: _____

Address of Clinic/Hospital: _____

General Remarks on the Student's Health: _____

Signature of Physician: _____

Date