Tokyo Institute of Technology

Health Certificate（Part Ⅰ）

Name _____ _____
First Name Last Name

Date of Admission ____/____/____ Date of Birth ____/____/____
M D Y M D Y

Part Ⅰ. TB Clinical Assessment by Physician.

1. TB Screening Test (completed <u>within 3months before admission</u>)

The student must be tested for either Interferon Gamma Release Assay(IGRA) or Mantoux Tuberculin Skin Test (TST) in order to be evaluated for the risk of TB.

History of BCG→Interferon Gamma Release Assay(IGRA)	**No history of BCG** → Mantoux Tuberculin Skin Test (TST)
Date Obtained ___/___/___ M D Y Specify method： ☐ QFT-GIT ☐ T- Spot Result：☐ **positive** ☐ inconclusive ☐ negative	Date Given ___/___/___ Date Read ___/___/___ M D Y M D Y Result：_____mm of induration Interpretation： ☐ **positive** ☐ negative

2. Chest x-ray: (Required if TST of IGRA is **POSITIVE**)

If the student has already done a chest x-ray for VISA at an institution authorized by Japanese government, attach a copy of certification instead of an additional test.

Date of chest x-ray： ____/____/____ Result： ☐normal ☐abnormal*
M D Y

*If there is any finding of tuberculosis, please give your comment below regarding the possibility of transmission to others.

_____

If the IGRA test is positive and there are no signs of active TB on chest radiographs, please evaluated and consider the necessity of medication treatment for latent TB infection. If treatment is initiated, a letter of referral should be submitted to Tokyo Tech Health Support Center to continue treatment in Japan.

I certify that the above information is an accurate record of this student's Tuberculosis screening result.

NAME of Physician -Print Name_____Signature_____

Address_____ Email _____

Date _____.____.____
M D Y

東京工業大学健康診断書（Part Ⅰ）

氏名 _____ _____

姓 名

入学日 ____/____/____ 生年月日 ____/____/____

月 日 年 月 日 年

医師による結核の臨床評価 （ 医師が記入すること）

1. 結核スクリーニング検査（入学前の 3 ヶ月以内に受診したもの）

原則インターフェロン・ガンマ線放出測定（IGRA）検査を実施し、結果を下記に記入してください。

抗原特異的インターフェロン-γ 遊離検査（IGRA）		
検査実施日： ___/___/___ 月 日 年		
検査方法：	☐ QFT-GIT	☐ T- Spot
結果：	☐ 陽性	☐ 判定保留 ☐ 陰性

２．胸部レントゲン検査（IGRA が陽性であった場合のみ実施。IGRA 検査が陰性であれば不要。）

※日本政府が認可した機関で入国前スクリーニング検査（VISA 申請のための胸部レントゲン検査）を受けた場合は、再度胸部レントゲン検査を行わず、その結果のコピーで代用可能とします。

検査実施日： ___/___/___ 月 日 年 結果： 異常所見なし_____ 異常所見あり* _____

*結核が見つかった場合は、他者への感染の可能性について、以下にコメントをお願いします。

IGRA 検査陽性かつ胸部レントゲン画像において活動性結核の兆候が見られない場合は、潜在性結核感染症としての投薬治療が必要かどうかについてご検討ください。もし治療を開始した場合には、医師が作成した診療情報提供書（紹介状）を、必ず東京工業大学保健管理センターに提出してください。

私は、上記の情報がこの学生の結核スクリーニング結果の正確な記録であることを証明します。

医師氏名 _____ 署 名 _____

医療機関所在地 _____

Email _____ 書類作成日 _____