

Institute of Science Tokyo
Health Certificate (Part I)

Name _____
First Name
Last Name

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

TB Screening Test (completed within 3 months before admission)

The student must be tested for Interferon Gamma Release Assay (IGRA). Only if IGRA is not available and the student has no history of BCG, Mantoux Tuberculin Skin Test (TST) can be taken as an alternative.

Interferon Gamma Release Assay (IGRA)	Mantoux Tuberculin Skin Test (TST)
Date of IGRA <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> M D Y	Date of TST <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Date Read <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> M D Y M D Y
Specify method : <input type="checkbox"/> QFT-GIT <input type="checkbox"/> T- Spot	Result : _____mm of induration
Result : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> inconclusive <input type="checkbox"/> negative	Interpretation : <input type="checkbox"/> positive <input type="checkbox"/> negative

ATTENTION PHYSICIAN: If the student test **POSITIVE/INCONCLUSIVE** for IGRA/TST, proceed with additional evaluation to exclude active TB. If the result is **NEGATIVE**, leave 1 and 2 below blank.

1. Additional evaluation (Check the applicable box/give comment if conducted)

- Chest x-ray Result: Normal Abnormal (_____)
- Chest CT scan Result: Normal Abnormal (_____)
- Other test (_____) Result: Normal Abnormal (_____)

2. Management of Positive IGRA/TST (Check the applicable box)

- No treatment is required. The student is in good health to study abroad.
- Treatment is recommended/has started, but the student is in good health to study abroad.
 I hereby provide the medical information* of the student to continue treatment in Japan.
 (*The information must include medical history, test data, prescribed medication, etc.)

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

Date : / / Name of Physician _____
M D Y

Signature _____ Email _____

Name of medical institution, address _____

東京科学大学健康診断書 (Part I)

氏名 _____ 姓 _____ 名 _____

入学日 _____ / _____ / _____ 生年月日 _____ / _____ / _____
月 日 年 月 日 年

結核スクリーニング検査 (入学前の3ヶ月以内に実施したもの)

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:	<input type="checkbox"/> QFT-GIT <input type="checkbox"/> T-Spot
結果:	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定保留 <input type="checkbox"/> 陰性

結果が陽性/判定保留であった場合、以下のいずれかの検査を行い、治療等の必要性について評価してください。

※結果が陰性の場合には以下 1,2 は非該当のため、空白としてください。

1. 要精密検査内容および結果 (実施した該当検査およびその結果にチェック/コメントをいれてください)

- 胸部レントゲン検査 結果: 異常なし 所見あり (_____)
- 胸部 CT 検査 結果: 異常なし 所見あり (_____)
- その他検査 (_____) 結果: 異常なし 所見あり (_____)

2. IGRA 陽性に対する医師の判断 (該当する箇所にチェックをいれてください)

- 治療が必要な状態ではありません。日本に留学できる健康状態です。
- 治療が必要な状態/治療を開始しましたが、日本に留学できる健康状態です。
治療もしくは経過観察を要するため、学生の医療情報*を提供します。
*医療情報には既往歴・現病歴・投薬治療内容・検査データを含むこと。

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。

書類作成日 _____ 医師名 _____

医療機関名称 _____

医療機関所在地 _____