

健康診断書
CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。[Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English]

氏名	男	女	生年月日	年齢
Name	Male	Female	Date of birth	Age
Family name	First name	Middle name		

1. 身体検査 [Physical Examination]

(1) 身長: _____ cm 体重: _____ kg
Height: _____ Weight: _____

(2) 血圧: _____ 血液型:


A B O	RH	+
		-

 脈拍: 整 不整
Blood pressure: _____ Blood type: _____ Pulse: regular irregular
mm/Hg - mm/Hg

(3) 視力: 右 左 右 左 色覚異常の有無: 正常 異常
Eyesight: (R) (L) (R) (L) Color blindness: normal impaired
裸眼 Without glasses 矯正 With glasses/contact lenses

(4) 聴力: 正常 低下 言語: 正常 異常
Hearing: normal impaired Speech: normal impaired

2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること（6ヶ月以上前の検査は無効。）
Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest x-rays (X-rays taken more than 6 months prior to this certification are NOT valid).



肺: 正常 異常
Lungs: normal impaired
異常がある場合 (If impaired)
← Date : _____
Film No. _____
Describe the condition of applicant's lungs.

心臓: 正常 異常
Cardiomegaly: normal impaired
異常がある場合 (If impaired)
心電図: 正常 異常
Electrocardiograph: normal impaired

3. 現在治療中の病気 [Under medical treatment at present]
☐ Yes (Conditions/particulars) _____
☐ No

4. 既往症 [Past history : Please indicate with + or - in () and fill in the date of recovery in (. .)]

Tuberculosis () (. .)	Malaria () (. .)	Other communicable disease () (. .)
Epileps () (. .)	Kidney disease () (. .)	Heart disease () (. .)
Diabetes () (. .)	Drug allergy () (. .)	Psychosis () (. .)
Functional disorder in extremities () (. .)		

5. 検査 Laboratory tests
検尿 (Urinalysis): glucose (), protein (), occult blood ()
赤沈 (ESR): mm/Hr WBC count: /cmm 貧血 (anemia): ()
Hemoglobin: gm/dl GTP: _____

6. 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？ Yes又はNoにチェックをしてください。[In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?]
Yes ☐ No ☐

7. 特記すべき事項 [Particulars or additional comments]:

日付 [Date]: _____	署名 [Signature]: _____
	医師氏名 [Physician's name (Print)] _____
	検査施設名 [Office/Institution] _____
	所在地 [Address] _____