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 Male 　　 生年月日

Name: 　　　　　　　　　　　　　　, 　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　 □女 Female Date of Birth:

　　　　 Family name, 　　　　　　　　　First name　　　　　 Middle name

１．身体検査

　　Physical Examination

　(1) 身　長　　　　　　　　　 体　重

　　　 Height　　　　　 cm 　 Weight 　　　　　 kg

＋

A B O　RH

　(2) 血　圧　　　　　　　　　　　　　 血液型 　　　　　　　　　　　　脈拍 □整 Regular

　　　 Blood pressure 　　　　　　 mm/Hg～ 　　　　 mm/Hg Blood Type 　　　　　　　　Pulse　 □不整 Irregular

－

　(3) 視　力

　　　 Eyesight: (R) 　(L)　　　　　　 (R) 　　 (L)　　　　 色覚異常の有無　□正常 Normal

　　　 　　　　　 裸眼 Without glasses　 　矯正 With glasses or contact lenses　 Color blindness □異常 Impaired

　(4) 聴　力 □正常 Normal 言　語 □正常 Normal

　 Hearing: □低下 Impaired Speech: □異常 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 six months prior

to the certification are NOT valid).



　肺　　　 □正常 Normal 　　　 心臓 □正常 Normal

　Lungs:　 □異常 Impaired 　　　　 Cardiomegaly: □異常 Impaired

 ↓

 ← Date 異常がある場合

　 Film No. 心電図 Electrocardiograph :□正常 Normal

 　　 □異常 Impaired

 Describe the condition of applicant's lungs.

３．現在治療中の病気 □Yes (Disease )

 Disease currently being treated □No

４．既往症

　　Past history : Please indicate with ＋ or － and fill in the date of recovery

 (If the applicant has not contracted any of the disease, please chech “None”.)（いずれも該当しない場合は、なしにチェックすること。）

　　Tuberculosis......□( . . ) Malaria.......□( . . ) Other communicable disease......□( . . )

　　Epilepsy......□( . . ) Kidney disease.....□( . . ) Heart disease......□( . . )

　　Diabetes......□( . . ) Drug allergy......□( . . ) Psychosis.....□( . . )

　　Functional disorder in extremities......□( . . )

 None.....□

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, GPT:

６．診断医の印象を述べて下さい。（問題がない場合も、その旨ご記入ください。）

　Please give your impression of the applicant’s health. (If you do not have a particular opinion, please write as such.)

７．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充分に留学に耐えうるものと思われますか？

　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 □

 日付　　　　　　　　　　　　　　署名

 Date: 　　　　　　　　　　 Signature:

　　　　　　　　　　医　師　氏　名

 Physician's Name in Print :

　　　　　　　　 検査施設名

 Office/Institution:

 　　　　　　　　　　 　 所在地

 Address: