

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 _____ 年齢 _____
 Name: _____ ☐ 女 Female Date of Birth: _____ Age: _____
 Family name, First name Middle name

1. 身体検査 Physical Examinations

- (1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 Height Weight
- (2) 血圧 _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型 _____ 脈拍 ☐ 整 regular
 Blood pressure Blood Type A B O RH + ☐ 不整 irregular
 Pulse
- (3) 視力 _____ (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) 色覚異常の有無 ☐ 正常 normal
 Eyesight: 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 applicant's chest x-ray (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).



肺 ☐ 正常 normal
 lung: ☐ 異常 impaired

心臓 ☐ 正常 normal
 Cardiomegaly: ☐ 異常 impaired

← Date _____
 Film No. _____

Describe the condition of applicant's lung.

異常がある場合
 心電図 Electrocardiograph: ☐ 正常 normal
☐ 異常 impaired

3. 現在治療中の病気 ☐ Yes (Disease: _____)
 Disease Treated at Present ☐ No

4. 既往症
 Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
- Tuberculosis..... ☐ (. . .) Malaria..... ☐ (. . .) Other communicable disease..... ☐ (. . .)
 Epilepsy..... ☐ (. . .) Kidney Disease..... ☐ (. . .) Heart Diseases..... ☐ (. . .)
 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, GPT: _____

6. 診断医の印象を述べて下さい。
 Please describe your impression.

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十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 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: _____