

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 Name : _____
Family name, First name Middle name
☐ 男 Male 生年月日 Date of Birth: _____ 年齢 Age : _____
☐ 女 Female

1. 身体検査 Physical Examinations

(1) 身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ kg

(2) 血圧 Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型 Blood Type

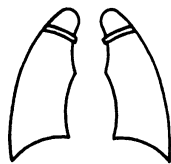
ABO	RH	+
		-

 脈拍 Pulse ☐ 整 regular ☐ 不整 irregular

(3) 視力 Eyesight : (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____
 裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses
 色覚異常の有無 color blindness ☐ 正常 normal ☐ 異常 impaired

(4) 聴力 ☐ 正常 normal ☐ 低下 impaired
 Hearing : ☐ 正常 normal ☐ 異常 impaired
 言語 speech : ☐ 正常 normal ☐ 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 ☐ 異常 impaired
 lung :

心臓 ☐ 正常 normal ☐ 異常 impaired
 Cardiomegaly :

← Date _____
 Film No. _____

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

Describe the condition of applicant's lung.

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

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 ?

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: _____