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

	≍語又は英語により明瞭に記載すること。 ase fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.			
氏名 Nan	ne: ,	□男 Mal □女 Ferr		年齢 Age:
	ne:, Family name,, First name Middle nam			
	身体検査 Physical Examination			
(1	.)身長 体重 Height cm Weight kg			
	2) 血 圧 Blood pressure mm/Hg~ mm/Hg	血液型 Blood type	ABORH + -	脈拍 □整 regular Pulse □不整 irregular
(3	3) 視 力 Eyesight: (R) (L) (R) (L) 裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or co	ntact lenses	色覚異常の有無 Color blindness	□正常 normal □異常 impaired
(4	H) 聴 力 □正常 normal 言 語 □正常 norm Hearing: □低下 impaired Speech: □異常 impa	mal aired		
	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。 Please describe the results of physical and X-ray examinat 6 months prior to this certification are NOT valid).	X線検査の日付で tions of the a	記入すること(6ヶ月 pplicant's chest x-ra	以上前の検査は無効。) ys (X-rays taken more than
/	→ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	□正常 ne aly: □異常	ormal impaired	
1	$\left(\right) \leftarrow Date$		がある場合	
$\mathbf{\nu}$	Film No.		心電図 Electrocardiograph :[
	Describe the condition of applicant's lung	gs.	□異常 imp	aired
	現在治療中の病気 □Yes (Conditions/par Under medical treatment at present □No	rticulars:)
	既往症 Past history: Please indicate with $+$ or $-$ and fill in the dat	te of recovery		
	Tuberculosis□(.)Malaria□(.)Epilepsy□(.)Kidney disease□(.)Diabetes□(.)Drug allergy□(.)Functional disorder in extremities□(.)	Other commu Heart disea Psychosis	unicable disease□ se□() .□()	()
5.	検 査 Laboratory tests 検 尿 Urinalysis: glucose (), protein (), occult blood (()		
	赤沈 ESR:mm/hr, WBC count:/cmm 貧血			
	Hemoglobin:g/dl, GPT:	anemia		
6.	診断医の印象を述べてください。 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、現在の健康の状況に In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation th	は充分に留学にず hat his/her health	討えうるものと思われま a status is adequate to purs	すか? sue studies in Japan?
	日4 要友			Yes \square No \square
F	日付 署名 Date: Signature:			
	医師氏名 Physician's Name (Print):			
	検查施設名 Office/Institution: 所在地			
	Address:			