

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 Examination

- (1) 身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ kg
- (2) 血圧 Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型 Blood type

A	B	O

 RH

+
-

 脈拍 Pulse ☐ 整 regular ☐ 不整 irregular
- (3) 視力 Eyesight: (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 Hearing: ☐ 正常 normal ☐ 低下 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 the applicant's chest x-rays (X-rays taken more than 6 months prior to this certification are NOT valid).



肺 Lungs: ☐ 正常 normal ☐ 異常 impaired

心臓 Cardiomegaly: ☐ 正常 normal ☐ 異常 impaired

← Date _____

Film No. _____

Describe the condition of applicant's lungs.

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 Under medical treatment at present ☐ Yes (Conditions/particulars: _____) ☐ 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 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: _____ g/dl, GPT: _____

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 that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

Yes ☐ No ☐

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: _____