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 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 6 months prior to this 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

　 心電図

Film No. Electrocardiograph :□正常 normal

□異常 impaired

Describe the condition of applicant's lungs.

３．現在治療中の病気 □Yes (Conditions/particulars: )

Under medical treatment 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 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 (Print):

　　　　　　　　 検査施設名

Office/Institution:

　　　　　　　　　　 　 所在地

Address: