

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. Do not leave any items blank.

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

1. 身体検査

Physical Examinations

(1) 身長 _____ 体重 _____
Height _____ cm Weight _____ kg

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

ABO	RH	+
		-

脈拍数 ☐ 整 regular
Pulse Rate _____/min ☐ 不整 irregular

(3) 視力
Eyesight : (R) _____ (L) _____
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses

(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
lung: ☐ 正常 normal ☐ 異常 impaired
Date _____

Film No. _____

Describe the condition of applicant's lung.

心臓
Cardiomegaly: ☐ 正常 normal ☐ 異常 impaired

↓
異常がある場合 心電図
If impaired: 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 (), 検便 Feces: Parasite (egg of parasite) (+, -)

赤沈 ESR : _____ mm/Hr, WBC count : _____ $\times 10^3 / \mu l$, RBC : _____ $\times 10^6 / \mu l$, Hemoglobin: _____ g/dl,

AST (GOT): _____ u/l, ALT (GPT): _____ u/l,

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: _____