

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 _____
 Name: _____ ☐女Female DateofBirth: _____
 Familyname, Firstname Middlename

1. 身体検査
Physical Examination

(1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg

(2)血 压 血液型
Bloodpressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg BloodType

ABO	RH	+
		-

脈拍 ☐ 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 ☐ 正常Normal
Colorblindness☐ 異常Impaired

(4) 聽 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 six months prior to the certification are NOT valid).



肺 ☐ 正常Normal
Lungs: ☐ 異常Impaired

心臟 ☐ 正常 Normal
Cardiomegaly: ☐ 異常 Impaired

←Date異常がある場合

FilmNo.心電図Electrocardiograph: ☐ 正常Normal
☐ 異常Impaired

Describe the condition of applicant's slings.

3. 現在治療中の病気 ☐ Yes(Disease) _____
Disease currently being treated ☐ No

4. 既往症

Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery

(If the applicant has not contracted any of the disease, please check "None").(いずれも該当しない場合は、なしにチェックすること。)

Tuberculosis.....☐(..)Malaria.....☐(..)Othercommunicabledisease.....☐(..)

Epilepsy.....☐(..)Kidneydisease.....☐(..)Heartdisease.....☐(..)

Diabetes.....☐(..)Drugallergy.....☐(..)Psychosis.....☐(..)

Functional disorder in extremities.....☐(..)

None....☐

5. 検査 Laboratory tests

尿 尿 Urinalysis:glucose(),protein(),occultblood()

赤沈ESR: _____ mm/Hr, WBCcount: _____ /cmm 貧血 ☐
anemia

Hemoglobin: _____ gm/dl, GPT: _____

6. 診断医の印象を述べて下さい。(問題がない場合も、その旨ご記入ください。)

Please give your impression of the applicant's health. (If you do not have a particular opinion, please write as such.)

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: _____ 署名: _____
Date: _____ Signature: _____

醫師氏名
Physician'sNamein Print:

検査施設名
Office/Institution:
所在地
Address: