

健康診断書
Certificate of Health (to be filled out by the examining physician)

日本語または英語により明確に記載すること
Please fill out (PRINT / TYPE) in Japanese or English.

Name:

FamilyGivenMiddle

生年月日
Date of Birth:

MonthDayYear

(漢字)
氏名:

年齢
Age:

☐ 男 Male
☐ 女 Female

1. 身体検査
Physical Examinations

(1) 身長
Height:cm

体重
Weight:kg

(2) 血圧
Blood pressure:mm/Hg～mm/Hg

脈拍数
Pulse rate:分/min

☐ 整 regular
☐ 不整 irregular

(3) 視力
Eyesight:(R)(L)(R)(L)

色覚異常の有無
Color blindness:

☐ 正常 regular
☐ 異常 irregular

(4) 聴力
Hearing:

☐ 正常 normal
☐ 低下 impaired

言語
Speech:

☐ 正常 normal
☐ 異常 impaired

運動機能
Locomotive System:

☐ 正常 normal
☐ 異常 abnormal

2. 申請者の胸部について、長身とX線検査の結果を記入して下さい。X線検査日の日付も記入すること。(3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, also note the exact date of X-ray (X-ray taken more than 3 months prior to the certification is NOT valid.)

健康 … ☐ Normal

要観察 … ☐ To be observed

要治療 … ☐ Require treatment

所見
Describe the findings of applicant's lungs:

撮影年月日
Date of examination:MonthDayYear

3. 既往症のある場合は□にチェックし、その年月日をカッコ内に記入して下さい。
Past history: (if any, fill the date of recovery)

結核
Tuberculosis … ☐ (/ /)

マラリア
Malaria … ☐ (/ /)

リウマチ
Rheumatism … ☐ (/ /)

腎疾患
Renal Disease … ☐ (/ /)

心臓疾患
Cardiac Disease … ☐ (/ /)

糖尿病
Diabetes … ☐ (/ /)

てんかん
Epilepsy … ☐ (/ /)

アレルギー
Allergy … ☐ (/ /)

その他の伝染病
Other Infectious Disease … ☐ (/ /)

4. 現在の健康状態を記入して下さい。
I diagnose that applicant's mental and physical conditions are:
☐ 優 Excellent ☐ 良 Good ☐ 可 Fair ☐ 不可 Poor

5. 志願者の既往症、診察、検査の結果から判断して、現在の健康の状況は留学に耐えうるものと思われませんか？
In view of the applicant's history and above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?
☐ 可 Yes ☐ 不可 No

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis to be accurate and complete to the best of my knowledge.

日付
Date:MonthDayYear

署名
Signature:

医師氏名
Physician's Name in Print:

検査施設名
Office / Institution:

所在地
Address: