

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 _____ 生年月日 _____ □男 Male
 Name: _____ Date of Birth: _____ □女 Female
Family name First name Middle name

Applicant

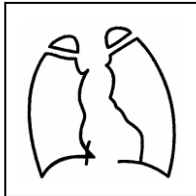
健康診断の前に下記の質問に答えてください。
 Please answer the questions below before submitting to a physician for your physical examination.

- 過去5年間に以下の病気あるいは大きな病気にかかったことがあれば記入してください。
 Please check the list of diseases below and/or specify if you have had in the past five years.
ぜんそく Asthma 結核 Tuberculosis マラリア Malaria てんかん Epilepsy 糖尿病 Diabetes
心臓病 Heart Disease 腎臓病 Kidney Disease 肝臓病 Liver Disease 精神疾患 Psychosis
その他 Other (_____)
- 薬、食べ物、動物、その他でアレルギーがありますか。 はい いいえ
 Do you have any allergies to drugs, foods, animals, and/or other? Yes No
 具体的に記入してください。
 Please specify.
 (_____)
- 現在、何かの病気で薬を常用していますか。 はい いいえ
 Are you currently on any medications? Yes No
 病名 Disease 服用薬 Medication
 (_____) (_____)

Physician

- 身体検査
 Physical Examination
 身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ RH _____ + -
 Height _____ cm Weight _____ kg Blood Type _____ A B O AB
 血圧 _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg
 Blood Pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg
 視力 (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____ 色覚異常の有無 □正常 normal
 Eyesight (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____ 矯正 with glasses or contact lenses □異常 impaired
 裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses Color blindness □異常 impaired
 聴力 □正常 normal
 Hearing □低下 impaired

- 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 taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid.)



肺 □正常 normal 心臓 □正常 normal
 Lung □異常 impaired Heart □異常 impaired
 Date _____
 Film No _____
 Describe the condition of applicant's lung. 心電図
 ↓
 Electrocardiograph:
 □正常 normal
 □異常 impaired

- 検査 Laboratory tests
 検尿 Urinalysis
 糖 Glucose (_____), 蛋白 Protein (_____), 潜血 Occult blood (_____)
 血液検査 Blood test
 赤血球数 WBC count: _____ ×10⁴ /μl, 白血球数 WBC count: _____ /μl

- Please describe your impression.
- 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康状況は十分に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 the above findings, do you think his/her health status is adequate to pursue study in Japan?
はい いいえ
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 _____