

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

1. 身体検査 Physical Examinations

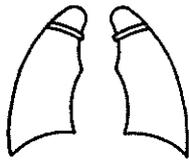
(1) 身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ kg

(2) 血圧 Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg
 脈拍 Pulse 整 regular 不整 irregular

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

(4) 聴力 Hearing: 正常 normal 低下 impaired
 言語 speech: 正常 normal 異常 impaired

2. 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 (12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 12 months prior to the certification is NOT valid).



正常 normal 異常 impaired _____

← Date _____
 Film No. _____

Describe the condition of applicant's chest

3. 現在治療中の病気 Disease treated at present Yes (Disease: _____) No

4. 既往症 Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
 結核 Tuberculosis (. . .) マラリア Malaria (. . .) 心疾患 Heart diseases (. . .)
 てんかん Epilepsy (. . .) 腎疾患 Kidney disease (. . .) 糖尿病 Diabetes (. . .)
 薬物アレルギー Drug allergy (. . .) 精神的疾患 Psychosis (. . .)
 四肢機能障害 Functional disorder in extremities (. . .) 他の伝染病 Other communicable disease (. . .)

5. 検査 Laboratory tests
 検尿 Urinalysis: 糖 glucose (), 蛋白 protein (), 潜血 occult blood ()

6. 予防接種 immunization record

予防接種 immunization	接種した inoculation	予防接種日 Date of Immunization	罹患 (かかった) Contracting a Disease	罹患 (かかった) 日 Date of Disease
ポリオ Polio	Yes · No		Yes · No	
ジフテリア Diphtheria	Yes · No		Yes · No	
破傷風 Tetanus	Yes · No		Yes · No	
百日咳 Whooping cough	Yes · No		Yes · No	
BCG	Yes · No		Yes · No	
麻疹 Measles	Yes · No		Yes · No	
風疹 Rubella	Yes · No		Yes · No	
おたふくかぜ Mumps	Yes · No		Yes · No	
水痘 Chicken Pox	Yes · No		Yes · No	

7. 診断医の印象を述べて下さい。
 Please describe your impression.

8. 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えますか?
 In view of the applicant's history and the above findings, is your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?
 yes no

日付 Date: _____

署名 Signature: _____

医師氏名 Physician's Name in Print: _____

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