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 ☐女 Female　生年月日 Date of Birth:　年齢 Age :

1．身体検査 Physical Examinations

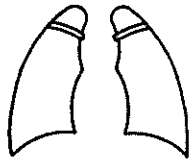
(1) 身　長 Height_____cm　体　重 Weight _____kg

(2) 血　圧 Blood pressure_____mm/Hg～_____mm/Hg　脈拍 Pulse ☐整 regular ☐不整 irregular

(3) 視　力 Eyesight : (R)_____(L)_____ (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 immunzation	接種した inoculatoin	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充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 Date:_____　署名 Signature:_____

医 師 氏 名
Physician's Name in Print:_____

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