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

血液型
Blood Type

A B O	RH ＋ −

脈拍
Pulse

□整 regular
□不整 irregular

(3) 視　力
Eyesight：(R)_______ (L)_______
裸眼 without glasses

(R)_______ (L)_______
矯正 with glasses or contact lenses

色覚異常の有無
color blindness

□正常 normal
□異常 impaired

(4) 聴　力
Hearing：□正常 normal
□低下 impaired

言　語
speech：□正常 normal
□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 applicant's chest x-ray（X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid）.

肺
lung：□正常 normal
□異常 impaired

← Date______________
Film No.______________

Describe the condition of applicant's lung.

心臓
Cardiomegaly：□正常 normal
□異常 impaired
↓
異常がある場合
心電図 Electrocardiograph：□正常 normal
□異常 impaired

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

Tuberculosis.......□（ . . ） Malaria.......□（ . . ） Other communicable disease......□（ . . ）
Epilepsy......□（ . . ） Kidney Disease.....□（ . . ） Heart Diseases......□（ . . ）
Diabetes......□（ . . ） Drug Allergy......□（ . . ） Psychosis.....□（ . . ）
Functional Disorder in extremities......□（ . . ）

5．検　査 Laboratory tests
検　尿 Urinalysis:glucose（ ），protein（ ），occult blood（ ）

赤沈 ESR：_______mm/Hr, WBC count：_______/cmm

貧血 □
anemia

Hemoglobin:_______gm/dl, GPT:_________

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

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:____