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

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　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

← Date＿＿＿＿＿＿
Film No.＿＿＿＿＿＿

Describe the condition of applicant's lung.

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:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿