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 Examination

(1) 身　長　　体　重
Height cm Weight kg

(2) 血　圧　　血液型
Blood pressure _____mm/Hg～_____mm/Hg Blood type

A B O	RH	+ / −

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

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 the applicant's chest x-rays (X-rays taken more than 6 months prior to this certification are NOT valid).

肺 Lungs:　□正常 normal　□異常 impaired

← Date _____
Film No. _____

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

Describe the condition of applicant's lungs.

3．現在治療中の病気 Under medical treatment at present　□Yes (Conditions/particulars:_____)　□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 disease.....□(　.　.　)
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．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？ Yes又はNoにチェックをしてください。
In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

Yes □　　No □

7．特記すべき事項
Particulars or additional comments:

日付 Date: _____　署名 Signature: _____

医　師　氏　名
Physician's Name (Print): _____

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