

健康診断書

Certificate of Health (to be filled out by the examining physician)

日本語または英語により明確に記載すること  
Please fill out (PRINT / TYPE) in Japanese or English.

Name: \_\_\_\_\_ (漢字) 氏名: \_\_\_\_\_  
Family Given Middle  
生年月日 年齢  男 Male  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  女 Female  
Month Day Year

1. 身体検査  
Physical Examinations

(1) 身長 体重  
Height: \_\_\_\_\_ cm Weight: \_\_\_\_\_ kg

(2) 血圧 脈拍数 分  整 regular  
Blood pressure: \_\_\_\_\_ mm/Hg ~ \_\_\_\_\_ mm/Hg Pulse rate: \_\_\_\_\_ /min  不整 irregular

(3) 視力 色覚異常の有無  正常 regular  
Eyesight: ( R ) \_\_\_\_\_ ( L ) \_\_\_\_\_ ( R ) \_\_\_\_\_ ( L ) \_\_\_\_\_ Color blindness:  異常 irregular  
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses

(4) 聴力  正常 normal 言語  正常 normal 運動機能  正常 normal  
Hearing:  低下 impaired Speech:  異常 impaired Locomotive System:  異常 abnormal

2. 申請者の胸部について、長身とX線検査の結果を記入して下さい。X線検査日の日付も記入すること。(3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, also note the exact date of X-ray (X-ray taken more than 3 months prior to the certification is NOT valid.)

健康 …  Normal 所見  
要観察 …  To be observed Describe the findings of applicant's lungs:  
要治療 …  Require treatment

撮影年月日  
Date of examination: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month Day Year

3. 既往症のある場合はにチェックし、その年月日をカッコ内に記入して下さい。  
Past history: (if any, fill the date of recovery)

結核 マラリア リューマチ  
Tuberculosis …  ( / / ) Malaria …  ( / / ) Rheumatism …  ( / / )  
腎疾患 心臓疾患 糖尿病  
Renal Disease …  ( / / ) Cardiac Disease …  ( / / ) Diabetes …  ( / / )  
てんかん アレルギー その他の伝染病  
Epilepsy …  ( / / ) Allergy …  ( / / ) Other Infectious Disease …  ( / / )

4. 現在の健康状態を記入して下さい。  
I diagnose that applicant's mental and physical conditions are:

優 Excellent  良 Good  可 Fair  不可 Poor

5. 志願者の既往症、診察、検査の結果から判断して、現在の健康の状況は留学に耐えうるものと思われませんか？  
In view of the applicant's history and above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

可 Yes  不可 No

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。  
I hereby certify the above diagnosis to be accurate and complete to the best of my knowledge.

日付  
Date: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Month Day Year

署名  
Signature: \_\_\_\_\_

医師氏名  
Physician's Name in Print: \_\_\_\_\_

検査施設名  
Office / Institution: \_\_\_\_\_

所在地  
Address: \_\_\_\_\_