

# 健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ □男 Male  
 Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ □女 Female  
Family name First name Middle name

**Applicant**

健康診断の前に下記の質問に答えてください。  
 Please answer the questions below before submitting to a physician for your physical examination.

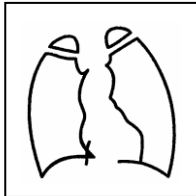
- 過去5年間に以下の病気あるいは大きな病気にかかったことがあれば記入してください。  
 Please check the list of diseases below and/or specify if you have had in the past five years.  
ぜんそく Asthma    結核 Tuberculosis    マラリア Malaria    てんかん Epilepsy    糖尿病 Diabetes  
心臓病 Heart Disease    腎臓病 Kidney Disease    肝臓病 Liver Disease    精神疾患 Psychosis  
その他 Other ( \_\_\_\_\_ )
- 薬、食べ物、動物、その他でアレルギーがありますか。 はい      いいえ  
 Do you have any allergies to drugs, foods, animals, and/or other? Yes      No  
 具体的に記入してください。  
 Please specify.  
 ( \_\_\_\_\_ )
- 現在、何かの病気で薬を常用していますか。 はい      いいえ  
 Are you currently on any medications? Yes      No  
 病名 Disease 服用薬 Medication  
 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ )

**Physician**

1. 身体検査  
 Physical Examination

身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg      血液型 \_\_\_\_\_ RH \_\_\_\_\_ +      -  
 Height \_\_\_\_\_ cm      Weight \_\_\_\_\_ kg      Blood Type \_\_\_\_\_ A    B    O    AB  
 血圧 \_\_\_\_\_ mm/Hg ~ \_\_\_\_\_ mm/Hg  
 視力 (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ 色覚異常の有無    □正常 normal  
 Eyesight \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ 矯正 with glasses or contact lenses    □異常 impaired  
裸眼 without glasses  
 聴力 □正常 normal  
 Hearing □低下 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 taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid.)



肺 正常 normal      心臓 正常 normal  
 Lung 異常 impaired      Heart 異常 impaired  
 Date \_\_\_\_\_  
 Film No \_\_\_\_\_  
 Describe the condition of applicant's lung. 心電図  
 Electrocardiograph:  
正常 normal  
異常 impaired

3. 検査 Laboratory tests  
 検尿 Urinalysis

糖 Glucose ( \_\_\_\_\_ ), 蛋白 Protein ( \_\_\_\_\_ ), 潜血 Occult blood ( \_\_\_\_\_ )

血液検査 Blood test

赤血球数 WBC count: \_\_\_\_\_ ×10<sup>4</sup> /μl, 白血球数 WBC count: \_\_\_\_\_ /μl

4. Please describe your impression.

5. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康状況は十分に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 the above findings, do you think his/her health status is adequate to pursue study in Japan?  
はい      いいえ  
YES      NO

日付 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

医師氏名  
 Physician's name in print: \_\_\_\_\_  
 検査施設名  
 Office/Institution \_\_\_\_\_  
 所在地  
 Address \_\_\_\_\_