

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 年齢
☐ 女 Female Age :
生年月日
Date of Birth:

1. 身体検査 Physical Examinations

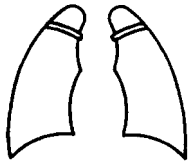
(1) 身長 体重
Height _____ cm Weight _____ kg

(2) 血圧 脈拍 ☐ 整 regular
Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg Pulse ☐ 不整 irregular

(3) 視力 裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses
Eyesight : (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____

(4) 聴力 ☐ 正常 normal 言語 ☐ 正常 normal
Hearing : ☐ 低下 impaired speech : ☐ 異常 impaired

2. 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（12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 12 months prior to certification is NOT valid).



☐ 正常 normal
☐ 異常 impaired

← Date _____
Film No. _____

Describe the condition of applicant's chest

3. 現在治療中の病気 ☐ Yes (Disease: _____)
Disease treated at present ☐ No

4. 既往症 Past history : Please indicate with + or - and fill in the date of recovery

結核 Tuberculosis ☐ (. .) マラリア Malaria ☐ (. .) 心疾患 Heart diseases ☐ (. .)
てんかん Epilepsy ☐ (. .) 腎疾患 Kidney disease ☐ (. .) 糖尿病 Diabetes ☐ (. .)
薬物アレルギー Drug allergy ☐ (. .) 精神的疾患 Psychosis ☐ (. .)
四肢機能障害 Functional disorder in extremities ☐ (. .) 他の伝染病 Other communicable disease ☐ (. .)

5. 検査 Laboratory tests

検尿 Urinalysis: 糖 glucose (), 蛋白 protein (), 潜血 occult blood ()

6. 予防接種 immunization record

予防接種 immunization	接種した inoculation	予防接種日 Date of Immunization	罹患（かかった） Contracting a Disease	罹患（かかった）日 Date of Disease
ポリオ Polio	Yes · No		Yes · No	
ジフテリア Diphtheria	Yes · No		Yes · No	
破傷風 Tetanus	Yes · No		Yes · No	
百日咳 Whooping cough	Yes · No		Yes · No	
BCG	Yes · No		Yes · No	
麻疹 Measles	Yes · No		Yes · No	
風疹 Rubella	Yes · No		Yes · No	
おたふくかぜ Mumps	Yes · No		Yes · No	
水痘 Chicken Pox	Yes · No		Yes · No	

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

8. 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十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 署名
Date: _____ Signature: _____

医師氏名
Physician's Name in Print: _____

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