

# 健康診断書

# CERTIFICATE OF HEALTH

(医師に記入してもらうこと)

(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。

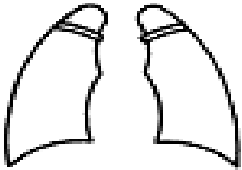
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	姓 Family name	名 Given name	ミドルネーム Middle name
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	

**1. 身体検査**  
Physical examination

(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)血圧 Blood pressure	mmHg~	(4)血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5)脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(6)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(9)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

**2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内)**  
Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)

	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 Year Month Day
		フィルム番号 Film No.	
		(1)肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(2)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	
			<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

**3. 現在治療中の病気**  
Disease currently being treated

無 No  有 Yes : 病名 Disease

**4. 既往症**  
Past illness/disorder

✓	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	✓	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
	結核 Tuberculosis			マラリア Malaria	
	その他感染症 Other communicable disease			てんかん Epilepsy	
	腎疾患 Kidney disease			心疾患 Heart disease	
	糖尿病 Diabetes			薬剤アレルギー Drug allergy	
✓	無し None			精神疾患 Psychosis	
				四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。  
Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".

**5. 検査**  
Laboratory tests

(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	白血球数 WBC count	血色素量 Hemoglobin
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	GOT (AST)	γ-GTP
	mm/Hr	/cmm	gm/dl
	(IU/l)	(IU/l)	(IU/l)

**6. 医師の診断・意見**

継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。  
Physician's impression of the applicant's health  
Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such.

**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 that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

はい  いいえ   
Yes No

日付 Date	年 月 日 Year Month Day	医師署名 Physician's Signature
検査施設名 Office/Institution	所在地 Address	