

## 健康診断書

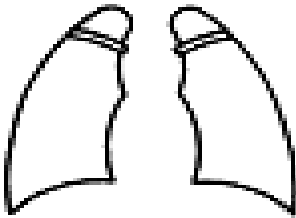
(医師に記入してもらうこと)  
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

## CERTIFICATE OF HEALTH

(to be completed by the examining physician)  
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

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

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	

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated		<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 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
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".		結核 Tuberculosis	
		その他感染症 Other communicable disease	
		腎疾患 Kidney disease	
		糖尿病 Diabetes	
		精神疾患 Psychosis	
✓	無し 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	貧血 Anemia			
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	GOT (AST)	γ-GTP				

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 Yes	<input type="checkbox"/>	いいえ No	<input type="checkbox"/>
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	