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 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□男 Male 　　 生年月日 　 　 　　年齢

Name : 　　　　　　　　　　　　　　　,　　　 　　　　　　　　　　　　□女 Female Date of Birth : 　 　　　Age :

　　　　 Family name, 　　　　　　　　　First name Middle name

１．身体検査

　　Physical Examinations

　(1) 身　長　　　　　　　　　 体　重

　　　 Height　　　　　 cm 　 Weight　　　　　 kg

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　(2) 血　圧　　　　　　　　　　　　　 血液型　　　 Blood pressure 　　　　　　 mmHg～ 　　　　 mmHg Blood Type | A B O |  +RH － | 　 脈拍 □整 regular　 Pulse □不整 irregular |

　(3) 視　力

　　　 Eyesight : (R) (L)　　　　　 (R) (L)

　　　 　　　　　 裸眼 without glasses　 矯正 with glasses or contact lenses

　(4) 聴　力 □正常 normal 言　語 □正常 normal

　 Hearing : □低下 impaired speech : □異常 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 (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 　　　　 Cardiomegaly : 　 □異常 impaired

 ↓

 ← Date 異常がある場合

　 Film No. 心電図 Electrocardiograph :□正常 normal

 　　 　 □異常 impaired

 Describe the condition of applicant's lung.

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

　　Tuberculosis......□( . . ) Malaria.......□( . . ) Other communicable disease......□( . . )

　　Epilepsy......□( . . ) Kidney Disease.....□( . . ) Heart Diseases......□( . . )

　　Diabetes......□( . . ) Drug Allergy......□( . . ) Psychosis.....□( . . )

　　Functional Disorder in extremities......□( . . )

５．検　査　Laboratory tests

　　検 尿　Urinalysis:glucose ( ),protein ( ),occult blood ( )

　　赤沈 ESR :　　　　mm/Hr, WBC count :　　　　/mm3 貧血 □

 anemia

　　Hemoglobin:　　　　mg/dl, GPT:

６．診断医の印象を述べて下さい。

　　Please describe your impression.

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充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: