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 : _____, _____ □男 Male □女 Female 生年月日 Date of Birth： 年齢 Age :
Family name First name Middle name

1．身体検査
Physical Examinations

(1) 身 長 Height_____cm 体 重 Weight_____kg

(2) 血 圧 Blood pressure_____mm/Hg～_____mm/Hg 血液型 Blood Type

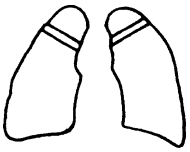
ABO	RH＋ ―

脈拍 Pulse □整 regular □不正 irregular

(3) 視 力
Eyesight： (R)_____(L)_____ 裸眼 without glasses
色覚異常の有無 color blindness □正常 normal □異常 impaired

(4) 聴 力 Hearing：□正常 normal □低下 impaired
言 語 speech： □正常 normal □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 lung： □正常 normal □異常 impaired
心臓 Cardiomegaly： □正常 normal □異常 impaired
↓
異常がある場合 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 Disease Treated at Present □Yes（Disease：_____） □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 : _____/cmm 貧血 anemaia □

Hemoglobin : _____gm/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であると思われますか？
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 Date：_____ 署名 Signature：_____

医 師 氏 名
Physician's Name in Print：_____

検査施設名
Office/Institution：_____

所在地
Address：_____