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

l．身体検査

Physical Examinations

(1)身 長 体 重

Height cm Weight kg

(2)血 圧 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　脈拍数 　　　　　　　　　　　分 　　　　　　 □整 regular

Blood pressure　　　　　　　　　　mm/Hg～　　　　　　　　　　　 mm/Hg　　 　 Pulse rate　　　　　　　　　　 /min 　　　　　 □不整 irregular

(3)視 力

Eyesight：(R)　　　　　　　 (L)　　　　　　　　　 　 (R)　　　　　 (L)　　　　　 　　　　　　　　 　色覚異常の有無　　□正常 normal

裸眼 without glasses 　　　　　　　 　矯正 with glasses or contact lenses　　　 color blindness 　　□異常 impaired

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

lung: □正常 normal Date Cardiomegaly: □正常 normal

□異常 impaired Film No. □異常 impaired



Describe the condition of applicant's lung.

3．既往症

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

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

Epilepsy......□ ( . . ) Renal Disease....□ ( . . ) Cardiac Diseases......□ ( . . )

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

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

4．検査 Laboratory tests

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

赤沈 ESR： mm/Hr， WBC count： /cmm

Hemoglobin： gm/dl， GPT：

5．診断医の印象を述べて下さい。

Please describe your impression．

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 topursue 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：