

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.

Family name Given name
氏名 男 ・ 女 生年月日 年齢
Name _____ male female Date of birth _____ Age _____

1. 身体検査
Physical Examinations

(1) 身長 体重
Height _____ cm Weight _____ kg

(2) 血圧 脈拍数 分 整 ・ 不整
Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg Pulse rate _____ /min regular irregular

(3) 視力
Eyesight:
(R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____ 色覚異常の有無 正常 ・ 異常
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses color blindness normal impaired

(4) 聴力 正常 ・ 異常 言語 正常 ・ 異常
Hearing: normal impaired speech normal 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。
Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant's chest x-ray.

(2ヵ月以上前の検査は無効)
(X-ray taken more than 2 months prior to the certification is NOT valid)

lung: 正常 ・ 異常
 normal impaired Date _____ Film No. _____

Cardiomegaly: 正常 ・ 異常
 normal 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ください。
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 his/her health status is adequate to pursue studies in Japan ?

日付 署名
Date: _____ Signature: _____

医師氏名
Physician's name in print: _____

検査施設名 所在地
Office/Institution: _____ Address: _____