

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 topursue 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: