

健康診断書 (医師が記入のこと)

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

氏名 男 Male 生年月日 国籍
 Name: 女 Female Date of birth: Nationality:

現住所
 Address:

1. 身長(Height)	cm,	体重(Weight)	kg,	聴力(Hearing)	血圧(Blood pressure)
視力(Eyesight)					
裸眼(Without glasses)		矯正(With glasses)			/ mmHg
左(Left)	/			左(Left)	
右(Right)	/			右(Right)	
血液型(Blood type)		ツベルクリン反応(Tuberculin reaction)			
, RH		陰性(Negative)..... <input type="checkbox"/>		陽性(Positive)..... <input type="checkbox"/>	不明・未受診..... <input type="checkbox"/>

2. 既往症について、ある場合はチェックし、その罹患時の年齢を記入してください。
 History of past illness(if any, indicate it with your age of contraction)


結核 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	マラリア <input type="checkbox"/> __歳(Age)	リウマチ <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
てんかん <input type="checkbox"/> __歳(Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> __歳(Age)	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Diabetes	Allergy	Other communicable diseases

3. 現在、病気があればチェックしてください。
 Present condition(if any, indicate it)

扁桃腺、鼻又は咽喉..... <input type="checkbox"/>	心臓又は血管..... <input type="checkbox"/>
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels
胃又は消化器官..... <input type="checkbox"/>	泌尿生殖器官..... <input type="checkbox"/>
Stomach or Digestive System	Genito-Urinary System
脳又は神経組織..... <input type="checkbox"/>	血液又は内分泌器官..... <input type="checkbox"/>
Brain or Nervous System	Blood or Endocrine System
肺又は呼吸器官..... <input type="checkbox"/>	骨、関節又は運動器官..... <input type="checkbox"/>
Lungs or Respiratory System	Bones, Joints or Locomotor System
その他内臓器官..... <input type="checkbox"/>	皮膚..... <input type="checkbox"/>
Other Abdominal Organs	Skin

4. エックス線検査 Chest X-ray examination

健康... Normal
 要観察... to be rechecked
 要医療... Require medical treatment



撮影年月日
 Date of examination

所見
 (Describe the condition of applicant's lungs)

5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。
 I diagnose that the applicant's health and physical condition is:

優..... 良..... 可..... 不可.....
 Excellent Good Fair Poor

6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。
 Do you think the applicant's condition is good enough for him/ her to study in Japan?

可... 不可...
 Yes No

7. その他特記事項
 Any other remarks

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。
 I hereby certify the above diagnosis.

署名
 Signature: _____
 氏名・資格
 Name & Title: _____
 検査施設名
 Institution: _____
 所在地
 Address: _____

診断年月日
 Date: _____