

健康診断書

(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH

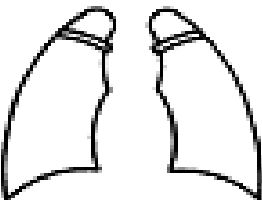
(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

| | | | |
|------------|--|-----------------------|-------------------------|
| 氏名 Name | Family name 姓 | Given name 名 | Middle name ミドルネーム |
| 性別 Sex | <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female | 生年月日 Date of Birth | 年 月 日 Year Month Day |

1. 身体検査
Physical examination

| | | | |
|-------------------------|---|-------------------------------|--|
| (1)身長 Height | cm | (2)体重 Weight | kg |
| (3)血圧 Blood pressure | mmHg~ mmHg | (4)血液型 Blood type | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- |
| (5)脈拍 Pulse | <input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular | (7)色覚異常の有無 Color blindness | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |
| (6)視力 Eyesight | 裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) | (8)聴力 Hearing | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |
| | 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L) | (9)言語 Speech | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |

2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内)
Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)

| | | | |
|---|---|--|-------------------------|
|  | 胸部X線所見 Describe the condition of lungs. | 撮影年月日 Date of X-ray | 年 月 日 Year Month Day |
| | | フィルム番号 Film No. | |
| | (1)肺 Lungs | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired | |
| | (2)心臓 Cardiomegaly | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired | |
| | 異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired | |

3. 現在治療中の病気
Disease currently being treated

無 No 有 Yes : 病名 Disease

4. 既往症
Past illness/disorder

| 既往症 Past illness/disorder | 病名 Name | 完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment | 病名 Name | 完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment |
|--|--------------------------------------|---|--|---|
| 該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None". | 結核 Tuberculosis | | マラリア Malaria | |
| | その他感染症 Other communicable disease | | てんかん Epilepsy | |
| | 腎疾患 Kidney disease | | 心疾患 Heart disease | |
| | 糖尿病 Diabetes | | 薬剤アレルギー Drug allergy | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 無し None | | 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities | |

5. 検査
Laboratory tests

| | | | |
|------------------------|--------------|-------------------|--------------------|
| (1)尿検査 Urinalysis: | 糖 glucose | 蛋白 protein | 潜血 occult blood |
| (2)貧血検査 Anemia test | 赤沈 ESR | 白血球数 WBC count | 血色素量 Hemoglobin |
| (3)肝機能検査 LFT | GPT (ALT) | GOT (AST) | 貧血 Anemia |
| | (IU/ l) | (IU/ l) | γ-GTP (IU/ l) |

6. 医師の診断・意見
Physician's impression of the applicant's health

継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。
Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such.

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十分に留学に耐えうるものと思われませんか？
In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

はい いいえ

Yes No

| | | |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 日付 Date | 年 月 日 Year Month Day | 医師署名 Physician's Signature |
| 検査施設名 Office/Institution | 所在地 Address | |