

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

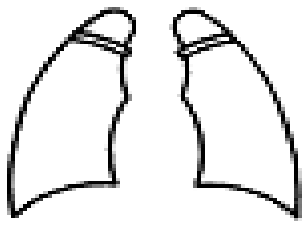
(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

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 Femal	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	(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) 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(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

<input checked="" type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> その他感染症 Other communicable disease <input type="checkbox"/> 腎疾患 Kidney disease <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> 精神疾患 Psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> マラリア Malaria <input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy <input type="checkbox"/> 心疾患 Heart disease <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー Drug allergy <input type="checkbox"/> 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities
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".	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment

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)	γ-GTP

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すか？ 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	