健康診断書

CERTIFICATEOFHEALTH(tobecompletedbytheexaminingphysician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。

Pleasefillout(PRINT/TYPE)inJapaneseorEnglish.

氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□男Male　　生年月日

Name: 　　　　　　　　　　　　　　,　　　　　　　　　　　　　　　　　　□女FemaleDateofBirth:

　　　　Familyname,　　　　　　　　　Firstname　　　　　Middlename

１．身体検査

　　PhysicalExamination

　(1)身　長　　　　　　　　　体　重

　　　Height　　　　　cm　Weight　　　　　kg

＋

ABO　RH

　(2)血　圧　　　　　　　　　　　　　血液型 　　　　　　　　　　　　脈拍□整Regular

　　　Bloodpressure　　　　　　mm/Hg～　　　　mm/HgBloodType　　　　　　　　Pulse　□不整Irregular

－

　(3)視　力

　　　Eyesight:(R)　(L)　　　　　　(R)　　(L)　　　　色覚異常の有無　□正常Normal

　　　　　　　　裸眼Withoutglasses　　矯正Withglassesorcontactlenses　Colorblindness□異常Impaired

　(4)聴　力 □正常Normal 言　語 □正常Normal

　Hearing: □低下Impaired Speech: □異常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（６ヶ月以上前の検査は無効｡)

Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest X-rays (X-rays taken more than six months prior

to thecertificationareNOTvalid).



　肺　　　□正常Normal　　　心臓□正常Normal

　Lungs:　□異常Impaired　　　　Cardiomegaly:□異常Impaired

↓

←Date異常がある場合

　FilmNo.心電図Electrocardiograph:□正常Normal

　　□異常Impaired

Describetheconditionofapplicant'slungs.

３．現在治療中の病気□Yes(Disease)

Disease currently being treated □No

４．既往症

　　Pasthistory:Pleaseindicatewith＋or－andfillinthedateofrecovery

(If the applicant has not contracted any of the disease, please chech “None”.)（いずれも該当しない場合は、なしにチェックすること。）

　　Tuberculosis......□(..)Malaria.......□(..)Othercommunicabledisease......□(..)

　　Epilepsy......□(..)Kidneydisease.....□(..)Heartdisease......□(..)

　　Diabetes......□(..)Drugallergy......□(..)Psychosis.....□(..)

　　Functionaldisorderinextremities......□(..)

None.....□

５．検　査　Laboratorytests

　　検尿　Urinalysis:glucose(),protein(),occultblood()

　　赤沈ESR:　　　　mm/Hr,WBCcount:　　　　/cmm貧血□

anemia

　　Hemoglobin:　　　　gm/dl,GPT:

６．診断医の印象を述べて下さい。（問題がない場合も、その旨ご記入ください。）

　Please give your impression of the applicant’s health. (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充分に留学に耐えうるものと思われますか？

　Inviewoftheapplicant'shistoryandtheabovefindings,isityourobservationthat his/herhealthstatusisadequatetopursuestudiesinJapan?

Yes□　　No□

日付　　　　　　　　　　　　　　署名

Date:　　　　　　　　　　 Signature:

　　　　　　　　　　医　師　氏　名

Physician'sNamein Print:

　　　　　　　　検査施設名

Office/Institution:

　　　　　　　　　　　所在地

Address: