

健康診断証明書

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.

氏名 Name : _____
Family name First name, Middle name
☐男 Male 生年月日 Date of Birth: _____ 年齢 Age: _____
☐女 Female

1. 身体検査

Physical Examinations

- (1) 身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ kg
- (2) 血圧 Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型 Blood Type

A B O	RH ±
-------	------

 脈拍 Pulse ☐整 regular ☐不整 irregular
- (3) 視力 Eyesight : (R) _____ (L) _____ (裸眼 without glasses) 色覚異常の有無 Color blindness ☐正常 normal ☐異常 impaired
- (4) 聴力 Hearing : ☐正常 normal ☐異常 impaired 言語 Speech : ☐正常 normal ☐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下さい。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 applicant's chest.
(X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).



肺 ☐正常 normal
Lung : ☐異常 impaired

心臓 ☐正常 normal
Cardiomegaly : ☐異常 impaired

肺の状態についてのコメント
Describe the condition of applicant's lung:

↓ 異常がある場合
If the result shows impaired:

心電図 ☐正常 normal
Electrocardiograph : ☐異常 impaired

3. 現在治療中の病気 ☐ Yes (Disease: _____)
Disease treated at Present ☐ No

4. 既往症 Past history : Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
- | | | |
|---|---|---|
| Tuberculosis ☐ (. .) | Malaria ☐ (. .) | Other communicable disease ☐ (. .) |
| Epilepsy ☐ (. .) | Kidney Disease ☐ (. .) | Heart Diseases ☐ (. .) |
| Diabetes ☐ (. .) | Drug Allergy ☐ (. .) | Psychosis ☐ (. .) |
| Functional disorder in extremities ☐ (. .) | | |

5. 検査 Laboratory tests

検尿 Urinalysis : glucose (_____), protein (_____), occult blood (_____)
赤沈 ESR : _____ mm/Hr, WBC count _____ /cmm, 貧血 ☐ Anemia
Hemoglobin : _____ gm/dl, GPT : _____

6. 診断医の印象を述べて下さい。Please describe your impression.

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 intended study in Japan?
Yes ☐ No ☐

日付 Date : _____ 署名 Signature : _____

医師氏名 Physician's Name in Print : _____

検査施設名 Office/Institution : _____

所在地 Address : _____