Form 3

CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断証明書

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

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 Lung： ☐正常 normal ☐異常 impaired

心 臓 Cardiomegaly： ☐正常 normal ☐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 Electrocardiograph： ☐正常 normal ☐異常 impaired

3. 現在治療中の病気・アレルギー Disease / allergy treated at Present ☐ Yes (Disease: _____) (Allergy: _____) ☐ No

4. 既往歴 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充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：_____