健康診断書　CERTIFICATE OF HEALTH

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名
Name : _____ , _____
Family name　　First name , Middle name

生年月日
Date of Birth: ____／____／____

□男 Male
□女 Female

Applicant

健康診断の前に下記の質問に答えてください。
Please answer the questions below before submitting to a physician for your physical examination.

1. 過去５年間に以下の病気あるいは大きな病気にかかったことがあれば記入してください。
   Please check the list of diseases below and/or specify if you have had in the past five years.

□ぜんそく Asthma　□結核 Tuberculosis　□マラリア Malaria　□てんかん Epilepsy　□糖尿病 Diabetes
□心臓病 Heart Disease　□腎臓病 Kidney Disease　□肝臓病 Liver Disease　□精神疾患 Psychosis
□その他 Other (　　)

2. 薬、食べ物、動物、その他でアレルギーがありますか。　はい Yes ／ いいえ No
   Do you have any allergies to drugs ,foods, animals and other?
   具体的に記入してください。
   Please specify.
   (　　)

3. 現在、何かの病気で薬を常用していますか。　はい Yes ／ いいえ No
   Are you taking medication now?
   病名 Disease (　　)　服用薬 medication (　　)

Physician

1. 身体検査
   Physical Examination

身　長 Height _____ cm　体　重 Weight _____ kg　血液型 Blood Type　RH ＋ ー　A B O AB
血　圧 Blood Pressure _____ mm/Hg ～ _____ mm/Hg
視　力 Eyesight (R)_____ (L)_____ 裸眼 without glasses　(R)_____ (L)_____ 矯正 with glasses or contact lenses
色覚異常の有無 color blindness　□正常 normal　□異常 impaired

聴　力 Hearing　□正常 normal　□低下 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 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
Date _____
Film No _____
Describe the condition of applicant's lung.

心臓 Heart　□正常 normal　□異常 impaired
↓
心電図 Electrocardiograph:
□正常 normal
□異常 impaired

３．検　査 Laboratory tests

検　尿 Urinalysis
糖 Glucose (　)，蛋白 Protein (　)，潜血 Occult blood (　)

血液検査 Blood test
赤血球数 RBC count : _____ ×10⁴ /μl，白血球数 WBC count : _____ /μl

４．Please describe your impression.

５．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, do you think his/her health status is adequate to pursue study in Japan?　はい YES ／ いいえ 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 _____