

健康診断書
Certificate of Health (to be filled out by a certified physician)

日本語または英語により明確に記載すること
Please fill out (PRINT / TYPE) in Japanese or English.

Name: _____ (漢字)
氏名: _____
Family Given Middle
生年月日 年齢 男 Male
Date of Birth: / / Age: 女 Female
Month Day Year

1. 身体検査
Physical Examinations

- (1) 身長 体重
Height: cm Weight: kg
- (2) 血圧 脈拍数 分 整 regular
Blood pressure: mm/Hg~ mm/Hg Pulse rate: /min 不整 irregular
- (3) 視力 色覚異常の有無 正常 regular
Eyesight: (R) (L) (R) (L) Color blindness: 異常 irregular
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses
- (4) 聴力 正常 normal 言語 正常 normal 運動機能 正常 normal
Hearing: 低下 impaired Speech: 異常 impaired Locomotive System: 異常 abnormal

2. 申請者の胸部について、長身とX線検査の結果を記入して下さい。X線検査日の日付も記入すること。(3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, also note the exact date of X-ray (X-ray taken more than 3 months prior to the certification is NOT valid.)

健康 … Normal 所見
要観察 … To be observed Describe the findings of applicant's lungs:
要治療 … Require treatment

撮影年月日
Date of examination: / /
Month Day Year

3. 既往症のある場合は□にチェックし、その年月日をカッコ内に記入して下さい。
Past history: (if any, fill the date of recovery)

結核 … (/ /) マラリア … (/ /) リューマチ … (/ /)
Tuberculosis Malaria Rheumatism
腎疾患 … (/ /) 心臓疾患 … (/ /) 糖尿病 … (/ /)
Renal Disease Cardiac Disease Diabetes
てんかん … (/ /) アレルギー … (/ /) その他の伝染病 … (/ /)
Epilepsy Allergy Other Infectious Disease

4. 現在の健康状態を記入して下さい。
I diagnose that applicant's mental and physical conditions are:

優 Excellent 良 Good 可 Fair 不可 Poor

5. 志願者の既往症、診察、検査の結果から判断して、現在の健康の状況は留学に耐えうるものと思われませんか？
In view of the applicant's history and above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

可 Yes 不可 No

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis to be accurate and complete to the best of my knowledge.

日付 署名
Date: / / Signature:
Month Day Year

医師氏名
Physician's Name in Print:

検査施設名
Office / Institution:

所在地
Address: