

# 健康診断書 Health Certificate

(診断医に記入してもらってください) This form should be completed by the examining physician)

**日本語**または**英語**により明瞭に記載すること。Please fill out in **Japanese** or **English** (PRINT/BLOCK) with clarity.

氏名 Name: \_\_\_\_\_  男 Male  女 Female 生年月日 Date of birth: \_\_\_\_\_  
year / month / date

### 1. 身体検査 Physical examination

- (1) 身長 Height \_\_\_\_\_ cm 体重 Weight \_\_\_\_\_ kg
- (2) 血圧 Blood pressure \_\_\_\_\_ mm/Hg~ \_\_\_\_\_ mm/Hg
- (3) 視力 Eyesight: (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_  
裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or contact lenses
- (4) 聴力 Hearing: 正常 normal 低下 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 6 months prior to this certification are NOT valid).



肺 Lungs: 正常 normal 異常 impaired

心臓 Cardiomegaly: 正常 normal 異常 impaired

← Date \_\_\_\_\_

Film No. \_\_\_\_\_

異常がある場合 in case "impaired"  
心電図 Electrocardiograph: 正常 normal 異常 impaired

3. 現在治療中の病気 Under medical treatment at present  
Yes (Conditions/particulars: \_\_\_\_\_) 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 disease..... ( . . . )  
Diabetes..... ( . . . ) Drug allergy..... ( . . . ) Psychosis..... ( . . . )  
Functional disorder in extremities..... ( . . . )

5. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康状態は十分に留学に耐えうるものと思われませんか？  
Yes又はNoにチェックをしてください。  
In view of the applicant's history and the above findings, do you think his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

Yes  No

6. 特記すべき事項はありますか？Yes又はNoにチェックをしてください。Yesの場合は、詳細を記載してください。  
Do you have any particulars or additional comments? Please check Yes or No. If you answered "Yes", please fill in the details.  
Japan?

Yes  No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

日付 Date: \_\_\_\_\_ 署名 Signature: \_\_\_\_\_

医師氏名 Physician's name (Block/Print): \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution: \_\_\_\_\_

所在地 Address of Office/Institution: \_\_\_\_\_