

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) _____ (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

※1年以内に受診した結核の皮膚検査 (TST) または血液検査 (IGRA) の結果が陰性であれば、胸部X線検査は省略できます。下記に検査日と結果をご記入ください。

Chest X-ray can be omitted if the results were negative for TB skin test (TST) or blood test (IGRA) taken within one year. Please indicate the date and results of the examination below.

TST Negative Positive or IGRA (QFT/T-SPOT) Negative Positive Date _____, _____, _____
または Year Month Day

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: _____