健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH（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. Do not leave any items blank.

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

☐男 Male
☐女 Female
☐その他 Non-binary

生年月日
Date of Birth：

年齢
Age：

１．身体検査 Physical Examinations

⑴ 身 長
Height__________cm
体 重
Weight__________kg

⑵ 血 圧
Blood pressure__________mm/Hg～__________mm/Hg

血液型
Blood Type

A B O	RH ＋ －

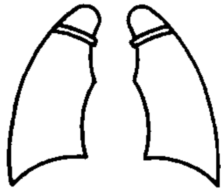
脈拍数
Pulse Rate ______/min
☐整 regular
☐不整 irregular

⑶ 視 力
Eyesight：(R)__________(L)__________
裸眼 without glasses
(R)__________(L)__________
矯正 with glasses or contact lenses

⑷ 聴 力
Hearing： ☐正常 normal ☐低下 impaired
言 語
speech： ☐正常 normal ☐異常 impaired

⑸ 色覚異常の有無 Color blindness： ☐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 applicant's chest x-ray (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.__________

心臓
Cardiomegaly: ☐正常 normal
☐異常 impaired

心電図
Electrocardiograph
☐正常 normal ☐異常 impaired

胸部聴診(呼吸音) Chest auscultation (breath sound)
☐正常 normal ☐異常 impaired
Examinations of the neck (inspection, palpation)
☐正常 normal ☐異常 impaired

Describe the condition of applicant's lung. __________

３．現在治療中の病気
Disease & Treatment at Present
☐Yes (Disease:__________ Medicine:__________)
☐No

４．既往症 Past history : Please indicate with ＋ or － and fill in the date of recovery.
Tuberculosis……☐(. .)
Malaria……☐(. .)
Measles……☐(. .)
Epilepsy……☐(. .)
Kidney disease……☐(. .)
Heart diseases……☐(. .)
Diabetes……☐(. .)
Drug allergy……☐(. .)
Psychosis……☐(. .)
Functional disorder in extremities……☐(. .)
Others……☐(. .)
Rheumatic fever……☐(. .)
Hepatitis……☐(Type: A, B, C, D, E) (. .)
Immunodeficiency(HIV, Chronic Kidney Failure, a Malignant Tumor) ☐(. .)
Immunosuppressant(Adrenocorticosteroid, Anticancer, Anti rheumatic drug) ……☐(. .)

５．ワクチン接種歴 Vaccination history
MMRV (Measles, Mumps. Rubella, Zoster)……☐ Time(s) ( )
Mumps……☐ Time(s) ( )
Hepatitis B……☐ Time(s) ( )
MMR (Measles, Mumps. Rubella)……☐ Time(s) ( )
Chicken pox……☐ Time(s) ( )
Meningitis……☐ Time(s) ( )
MR (Measles, Rubella)……☐ Time(s) ( )
Polio……☐ Time(s) ( )
M (Measles)……☐ Time(s) ( )
Diphtheria Pertussis Tetanus combined……☐ Time(s) ( )

６．検 査 Laboratory tests
検 尿 Urinalysis:glucose（ ），protein（ ），occult blood（ ）・検 便 Feces: Parasite(egg of parasite)(+,−)
赤沈 ESR :______mm/Hr, WBC count :______$x10^3/\mu l$, Hemoglobin:______g/dl, ALT:______u/l
貧血検査 Anemia Test: ESR :______mm/Hr, WBC count :______/cmm, Hemoglobin:______gm/dl, Anemia:______,
肝機能検査 LFT：GPT/ALT：______(IU/L), GOT/AST：______(IU/L), γ-GTP：______(IU/L),

７．診断医の印象を述べて下さい。 Please describe your impression.
継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入ください。Please fill in if applicant needs regular medication or treatment.

８．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 his/her health status is adequate to pursue studies 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:________________________________