

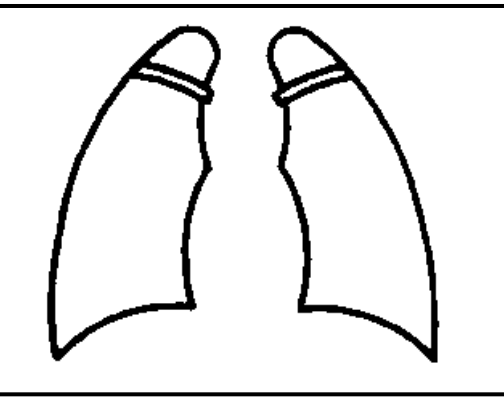
健康診断書/CERTIFICATE OF HEALTH

*医師に記入してもらうこと/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 the form (PRINT or TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	姓/ Sir Name		名/ Given Name		ミドルネーム/Middle Names	
性別 Gender	<input type="checkbox"/>	男/Male	生年月日(西暦)/Date of Birth(AD)	Year:	Month:	Day:
	<input type="checkbox"/>	女/Female				

1. 身体検査/Physical Examination							
(1)身長/Height		cm	(2)体重/Weight		kg		
(3)血圧/Blood Pressure		mmHg~			mmHg		
(4)血液型/Blood Type	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	AB	
	<input type="checkbox"/>	O	<input type="checkbox"/>	RH+	<input type="checkbox"/>	RH-	
(5)脈拍/Pulse	<input type="checkbox"/>	整/Regular	(7)色覚異常の有無/Color Blindness	<input type="checkbox"/>	有/Yes	<input type="checkbox"/>	無/No
	<input type="checkbox"/>	不整/Irregular					
(6)視力/Eyesight	裸眼/Unaided		右/Right:		左/Left:		
	矯正/Corrective		右/Right:		左/Left:		
(8)聴力/Hearing	<input type="checkbox"/>	正常/Nomal	(9)言語/Speech	<input type="checkbox"/>	正常/Nomal		
	<input type="checkbox"/>	異常/Impaired		<input type="checkbox"/>	異常/Impaired		

2. 胸部聴診及びX線検査(6ヶ月以内)/Physical and X-ray Examinations of Chest (Within Six Months)			
	胸部X線所見/Discribe condition of lungs	<input type="checkbox"/>	正常/Normal
	(1)肺/Lungs	<input type="checkbox"/>	異常/Impaired
		<input type="checkbox"/>	正常/Normal
	(2)心臓/Cardio	<input type="checkbox"/>	異常/Impaired
		<input type="checkbox"/>	正常/Normal
	異常がある場合⇒心電図/If impaired ⇒ Electrocardiograph	<input type="checkbox"/>	異常/Impaired
	胸部聴診(呼吸音) Chest auscultation (breath sound)	<input type="checkbox"/>	正常/Normal
		<input type="checkbox"/>	異常/Impaired
Examinations of the neck (inspection, palpation)	<input type="checkbox"/>	正常/Normal	
	<input type="checkbox"/>	異常/Impaired	
撮影年月日/Date Taken			
フィルム番号/Film No. (任意if any)			

3. 現在治療中の病気/Disease currently being treated					
<input type="checkbox"/>	無/No	<input type="checkbox"/>	有/Yes	病名/Specify it:	

4. 既往症/Past illness/disorder							
該当するものにチェックと完治時期または治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check ✓and fill date of recovery/under treatment.If NOT contracted any of them in the past, please check "None".							
チェック欄/Tick	病名/Name	完治時期/Date of recovery	治療中/under treatment	チェック欄/Tick	病名/Name	完治時期/Date of recovery	治療中/under treatment
<input type="checkbox"/>	結核/Tuberculosis			<input type="checkbox"/>	マラリア/Malaria		
<input type="checkbox"/>	麻疹/Measles			<input type="checkbox"/>	てんかん/Epilepsy		
<input type="checkbox"/>	腎疾患/Kidney disease			<input type="checkbox"/>	心疾患/Heart disease		
<input type="checkbox"/>	糖尿病/Diabetes			<input type="checkbox"/>	薬剤アレルギー/Drug Allergy		
<input type="checkbox"/>	肝炎/Hepatitis(Type:A,B,C,D,E)			<input type="checkbox"/>	精神疾患/Phychosis		
<input type="checkbox"/>	四肢機能障害/Functional disorder in the extremities			<input type="checkbox"/>	その他感染症/Other communicable diseases		
<input type="checkbox"/>	該当無し/None						

5. 検査/Laboratory tests										
(1)尿検査/Urinalysis	<input type="checkbox"/>	糖/Glucose	<input type="checkbox"/>	蛋白/Protein	<input type="checkbox"/>	潜血/ Occult Blood		(2)検便/ Feces: Parasite(egg of parasite)(+,-)		
(3)貧血検査/Anemia test	赤沈 ESR		mm /Hr	白血球数 WBC count		/cmm	血色素量 hemoglobin		gm/dl	<input type="checkbox"/> 貧血 Anemia
(4)肝機能検査/LFT	GPT (ALT)		(IU/l)	GOT (AST)		(IU/l)	γ-GTP		(IU/l)	

6. 医師の診断・意見/Physician's impression of the applicant's health

7. 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 the 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、現在の健康状態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, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?							
<input type="checkbox"/>	はい/YES	日付(西暦) Date(AD)	Year:		Month:		Day:
		医師署名 Physicians Signature					
<input type="checkbox"/>	いいえ/NO	検査施設名 Office/Insti tution					
		所在地 Address					

注意事項/Notice
回答項目に漏れがないかご確認ください。
Please do not leave any blanks in this certificate.