様式第3号（第2条関係）

 **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 □男 Male 　　　　　 生年月日 年齢

Name : □女 Female　　　　 Date of Birth : Age :

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□その他 Non-binary

　　　　 Family name, 　　　　 First name Middle name

１．身体検査　Physical Examinations

　(1) 身　長　　　　　　　　　 体　重

　　　Height　　　　　 cm 　 　Weight　　　　　 kg

ＲＨ ＋

 　 －

A B O

　(2) 血　圧　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　血液型

　　　Blood pressure 　　　　　　 mm/Hg～ 　　　　 mm/Hg 　　Blood Type

脈拍数　　 　 　　　　 □整 regular

Pulse Rate ＿＿＿/min □不整 irregular

　(3) 視　力

　　　Eyesight : (R) 　　　　　(L)　　 　　　　　　　 (R) 　　　 (L)　　　　　　　 .

　　　　　　　　 　　　裸眼 without glasses　　　　 　　矯正　with glasses or contact lenses

　(4) 聴　力 □正常 normal 言　語 □正常 normal

Hearing :　　□低下 impaired speech : □異常 impaired

(5)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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 心臓

　　　　　　　　　　　　　　　　lung: □正常 normal 　　　Date　　　　　　　　　　　 Cardiomegaly:□正常 normal

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□異常 impaired 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □異常 impaired

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Film No.　　　　　　　 .

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

Exam 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 □Yes (Disease: 　　 Medicine: 　　 　　　)

　　Disease & Treatment at Present □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 :　　　　x103/μl, 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　　　　　　　　　　　　　署名

Date: 　　　　　　　　　　 Signature: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

　　　　　　　　　　医　師　氏　名

 　　　　　Physician's Name in Print: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.

　　　　　　　　 検査施設名

 Office/Institution: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 .

 　　　　　　　　　　 　 所在地

 　　　　　　　　　　　　　　　　Address: 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　.