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

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

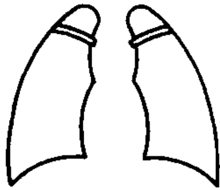
□整 regular
□不整 irregular

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

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.__________

Describe the condition of applicant's lung.

____

心臓
Cardiomegaly：□正常 normal
□異常 impaired

心電図
Electrocardiograph
□正常 normal □異常 impaired

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) (. .)

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/μl, Hemoglobin:______g/dl, ALT:______u/l
Pregnancy test（ ）if you are female

7．診断医の印象を述べて下さい。 Please describe your impression.

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:____________________