**健 康 診 断 書**

**CERTIFICATE OF HEALTH**

医師が記入してください。**日本語** 又は **英語** により明瞭に記入してください。

To be completed by the examining physician. Please fill out in **JAPANESE** or **ENGLISH**.

氏名／FULL NAME　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □男／M

姓／Surname： 名／Given Name： □女／F

生年月日／DATE OF BIRTH　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年齢／AGE：

日／Date：　　　 月／Month： 　年／Year：

1. 身体検査 Physical Examinations

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長／Height | cm | 視力／  Eyesight | □裸眼／Without Glasses  □矯正／With Glasses or  Contact lenses | 右／R：    左／L： |
| 体重／Weight | kg |
| 聴覚／Hearing | □正常 Normal  □異常 Abnormal |
| 話／Speech | □正常 Normal  □異常 Abnormal | 色盲の有無／Colorblindness | | □＋  □－ |

1. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果（含、検査日付、フィルム番号)を記入し

てください。（6ヶ月以上前の検査は無効です）

Please describe the result of physical and X-ray examination (with Date and Film No.) of

applicant's (X-ray taken more than six months prior to the certification is NOT valid).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 心臓／Heart | □正常 Normal  □異常 Abnormal | | | 肺／Lung | | □正常 Normal  □異常 Abnormal |
| 胸部レントゲン／Chest X-P | □正常 Normal  □異常 Abnormal | | フィルム番号／Film NO： | | | |
| 日付／Date：　　 ／ 　　 ／ | | | |
| 所見／Findings： | | | | | |
| 血圧／  Blood Pressure | mmHg | 脈拍／  pulse Rate | | | ／Min. | |
| □整／Regular　□不整／Irregular | |

1. 現在治療中の病気があれば記入してください。

Please describe if he/ she has any disease treated at present.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □あります／Yes, he/she has □ありません／No, does not have any | | |
| ある場合／  If Yes | 病名／  Name of Disease | (例) 高血圧症、喘息など　 (ex) Hypertension, Asthma etc. |
| 治療薬名／  Medication |  |

4．既往症につて／About Previous History. **＋**または**－**で表示し、治癒日を記入してください。

Please indicate with **＋** or **－** and fill in the date of recovery.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 結核／Tuberculosis | ( 　 / 　/ ) | マラリア／Malaria | ( 　 / 　/ ) |
| てんかん／Epilepsy | ( 　 / 　/ ) | 精神病／Psychosis | ( 　 / 　/ ) |
| 心臓病 Heart Disease | ( 　 / 　/ ) | 糖尿病／Diabetes | ( 　 / 　/ ) |
| 腎臓病／  Kidney Disease | ( 　 / 　/ ) | 深部静脈血栓症／  Deep vein thrombosis | ( 　 / 　/ ) |
| 他の病気／  Other disease | Name：　　　　　　　　　　 　　　　　　　　 ( 　 / 　/ ) | | |

5．検査 Laboratory tests

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 尿検査／  Urinalysis | 糖／Glucose |  | 蛋白／Protein |  |
| 潜血／Occult blood |  | 細菌／Bacteriuria | □＋ □－ |
| 血液検査／  Blood tests | 白血球／  WBC count | mm3 | 赤沈／  Precipitation of Blood | mm/Hr |
| 血色素量／  Hemoglobin | g/dl | 肝機能／  Liver Function | GOT： 　 IU/l |
| GPT： IU/l |

|  |
| --- |
|  |

6．備考／Note　　　 7．総合所見／Total Judgment

|  |
| --- |
|  |

日付／Date： 署名／Signature：

医師氏名／Physician's name in Print ：

検査施設名／Name of Office Institution：

所在地／Address：

以上／END