

CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断証明書

(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.

氏名 _____ 男 Male 生年月日 _____ 年齢 _____
 Name : _____ 女 Female Date of Birth: _____ Age: _____
 Family name First name, Middle name

1. 身体検査

Physical Examinations

- (1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
 Height Weight
- (2) 血圧 _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型

A	B	O
---	---	---

RH	+
----	---

 脈拍 整 regular 不整 irregular
 Blood pressure Blood Type Pulse
- (3) 視力 _____ (R) _____ (L) 色覚異常の有無 正常 normal 異常 impaired
 Eyesight : (裸眼 without glasses) Color blindness
- (4) 聴力 正常 normal 言語 正常 normal 異常 impaired
 Hearing : 異常 impaired Speech :

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下さい。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 taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).



肺 正常 normal 異常 impaired
 Lung : 正常 normal 異常 impaired
 心臓 正常 normal 異常 impaired
 Cardiomegaly :

肺の状態についてのコメント Describe the condition of applicant's lung: _____
 ↓ 異常がある場合 If the result shows impaired:

心電図 正常 normal 異常 impaired
 Electrocardiograph :

3. 現在治療中の病気・アレルギー Yes (Disease: _____) (Allergy: _____)
 Disease / allergy treated at Present No

4. 既往歴 Past history : Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
 Tuberculosis (. .) Malaria (. .) Other communicable disease (. .)
 Epilepsy (. .) Kidney Disease (. .) Heart Diseases (. .)
 Diabetes (. .) Drug Allergy (. .) Psychosis (. .)
 Functional disorder in extremities (. .)

5. 検査 Laboratory tests
 検尿 Urinalysis : glucose (_____), protein (_____), occult blood (_____)
 赤沈 ESR : _____ mm/Hr, WBC count _____ /cmm, 貧血
 Anemia
 Hemoglobin : _____ gm/dl, GPT :

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

7. 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 intended study 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 : _____