

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

1. 身体検査

Physical Examinations

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

A B O	RH + -
-------	-----------

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

心臓 Cardiomegaly : 正常 normal 異常 impaired

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 Electrocardiograph : 正常 normal 異常 impaired

3. 現在治療中の病気・アレルギー Disease / allergy treated at Present Yes (Disease: _____) (Allergy: _____) 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. 医師の診断・意見：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。
 Physician's impression of the applicant's health. Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.

7. 志望者の既往歴、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? はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO <input type="checkbox"/> ※必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。 「はい」にチェックがない場合、申請を受理できません。 Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", we will NOT accept the application.	日付 Date	
	医師署名 Signature	
	医師氏名 Physician's Name in Print	
	検査施設名 Office / Institution	
	所在地 Address	