Form B

**健康診断書(GEPIS, GEP for R&D)** 　　**CERTIFICATE OF HEALTH (GEPIS, GEP for R&D )**

　　　　　　(医師に記入してもらうこと)　　　　　　　　　　　 (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 |  |  |  |
| Surname 　姓 | Given name 名 | Middle name 　ミドルネーム |
| 性別Gender | □男 Male□女 Female | 生年月日　　 Date of Birth  | 年　　　　月　　　　日　yyyy mm dd |

|  |
| --- |
| **1．身体検査****Physical examination** |
| (1)身長 Height | cm | (2)体重 Weight |  | kg |
| (3)血圧 Blood pressure | mmHg ～　　　　　mmHg | (4)血液型 Blood type |  | □Ａ　□Ｂ　□ＡＢ　□Ｏ | □ＲＨ＋　□ＲＨ－ |
| (5)脈拍　Pulse | □　整　Regular□　不整　Irregular | (7)色覚異常の有無 Color blindness | □　正常　Normal□　異常 Impaired |
| (6)視力Eyesight | 裸眼　　　　 （右）　 （左）Without glasses （Ｒ）　　（Ｌ） | (8)聴力Hearing | 　　　　 □　正常　Normal□　異常 Impaired |
| 矯正 (右) 　 (左)With glasses or contact lenses (Ｒ) 　(Ｌ) | (9)言語Speech | □　正常　Normal□　異常 Impaired |
| **２．胸部聴聴及びＸ線検査****Physical and X-ray examination of the chest (within six months)** |
|  | 胸部Ｘ線所見Describe the condition of lungs. | 撮影年月日Date of X-ray | 年　　　　　月　　　　　日yyyy 　　　 mm 　　　　dd |
|  | フィルム番号Film No. |  |
| (1)肺Lungs | □　正常　Normal□　異常 Impaired |
| (2)心臓 Cardiomegaly | □　正常　Normal□　異常 Impaired |
| 異常がある場合⇒心電図If impaired Electrocardiograph | □　正常　Normal□　異常 Impaired |
| **３．現在治療中の病気****Disease currently being treated** | □　無　No 　　□　有 Yes　：　病名　Disease |
| **４．既往症****Past illness/disorder** | ✓ | 病名　Name | 完治時期/治療中Date of recovery/under treatment | ✓ | 病名　Name | 完治時期/治療中Date of recovery/under treatment |
| 該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。Please check and fill in the date of recovery/under treatment.If NOT contracted any of them in the past, please check “None”. |  | 結核Tuberculosis |  |  | マラリアMalaria |  |
|  | その他感染症Other communicable disease |  |  | てんかんEpilepsy |  |
|  | 腎疾患Kidney disease |  |  | 心疾患Heart disease |  |
|  | 糖尿病Diabetes |  |  | 薬剤アレルギーDrug allergy |  |
| ✓ |  | 無しNone |  |  | 精神疾患Psychosis |  |  | 四肢機能障害Functional disorderin the extremities |  |
| **５．検　査****Laboratory tests** |
| (1)尿検査Urinalysis: | 糖glucose |  | 蛋白protein |  | 潜血occult blood |  |
| (2)貧血検査 Anemia test | 赤沈ESR | mm/Hr | 白血球数WBC count | /cmm | 血色素量Hemoglobin | gm/dl | 貧血Anemia |
| (3)肝機能検査 LFT | GPT(ALT) |  (IU/L) | GOT (AST) | (IU/L) | γ-GTP | (IU/L) |
| **６．医師の診断・意見****Physician’s impression of the applicant’s health**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 the applicant needs regular medication or treatment. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **７．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? 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？** | 日付Date |  |
| 医師署名Physician’s Signature |  |
| 　**□** YES（はい）　 　　**□** NO（いいえ） | 検査施設名Office/Institution |  |
| **※ Please be sure to check either “YES” or “NO”. If you do not check “YES”, the University will NOT accept the application. 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、大学は出願を受理しません。** | 所在地Address |  |