

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

©

出願者氏名 Name of applicant	Last	First	Middle
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day
現住所 Current Address	〒		性別 Sex
			男 Male
			女 Female
	電話 Phone No.		

医師が記入してください。/ To be completed by the examining physician.

身長 Height	cm	体重 Weight	kg
視力 Eyesight	裸眼 Without glasses	右 (R)	左 (L)
		矯正視力 With glasses or contact lenses	右 (R)
			左 (L)
血圧 Blood Pressure	最高/ Sys.	最低/ Dia.	mmHg
尿検査 Urinalysis test	糖/ Glucose	潜血/ Occult blood	
	蛋白/ Protein		

現状および病歴/ Medical condition currently being treated and medical history

現在治療中の病気/ Treated currently

☐ Yes (Medical Condition:)
☐ No

既往症 Medical History: Please check each box ☒ if you have had any illness and fill in the date of recovery.

結核/ Tuberculosis <input type="checkbox"/> (Date: / /)	マラリア/ Malaria <input type="checkbox"/> (Date: / /)
Other Communicable disease <input type="checkbox"/> (Date: / /)	てんかん/ Epilepsy <input type="checkbox"/> (Date: / /)
腎臓の病気/ Kidney Disease <input type="checkbox"/> (Date: / /)	
心臓の病気/ Heart Disease <input type="checkbox"/> (Date: / /)	
糖尿病/ Diabetes <input type="checkbox"/> (Date: / /)	
薬剤アレルギー/ Drug Allergy <input type="checkbox"/> (Date: / /)	
精神病/ Psychosis <input type="checkbox"/> (Date: / /)	
重度の機能的障害/ Functional disorder in extremities <input type="checkbox"/> (Date: / /)	

申請者の胸部について、聴診とX線検査、心電図の結果を記入して下さい。検査の日付も記入すること。
 (6カ月以上前の検査は無効。)

X線検査を受診しない場合は、代わりにIGRA検査の結果を提出すること。

Please describe the results of physical, X-ray examinations and electrocardiograph.

Examination date should be indicated. (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid)

In case you don't take X-ray examination, the IGRA (Blood) test result is required instead.



The results of physical

肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常/ Normal <input type="checkbox"/> 異常/ Impaired	心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常/ Normal <input type="checkbox"/> 異常/ Impaired
()		()	
<input type="checkbox"/> 胸部X線検査/ Chest X-ray <input type="checkbox"/> IGRA検査/ The IGRA (Blood) Test Date: / /	<input type="checkbox"/> 正常/ Normal <input type="checkbox"/> 異常/ Impaired ()	心電図/ Electrocardiograph Date: / /	<input type="checkbox"/> 正常/ Normal <input type="checkbox"/> 異常/ Impaired ()

その他特記事項/ Please describe any particular comments regarding to applicant's health.

私の診断した結果、出願者の健康状態は次のとおりである。/ The overall physical condition of the applicant is:

☐ 優/ Excellent
 ☐ 良/ Good
 ☐ 可/ Fair
 ☐ 不可/ Poor

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いますか？

In view of the applicant's medical history and the above findings, is it your observation his/her health status is sufficient to pursue studies in Japan?

☐ はい/ Yes
 ☐ いいえ/ No

医師名 Physician's Name	Prin <div style="text-align: right;"> Signature </div>
診療機関名 Name of Medical Facility	
住所 Complete Address	〒 電話 Phone No.
診断日 Date of Examination	年 month 日 day