

健康診断書

受験番号
本学で記入

CERTIFICATE OF HEALTH (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： _____, _____ 女 生年月日： _____
 Name Family name First name Middle name Female Date of Birth

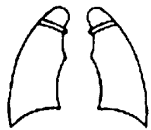
1. 身体検査
Physical Examination

- (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
 Blood pressure Blood Type Pulse 不整 Irregular
- (3) 視力： (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____ 色覚異常の有無： 正常 Normal
 Eyesight 裸眼 Without glasses 矯正 With glasses or contact lenses Color blindness 異常 Impaired
- (4) 聴力： 正常 Normal 言語： 正常 Normal
 Hearing 低下 Impaired Speech 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ください。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 the applicant's chest X-rays (X-rays taken more than six months prior to the certification are NOT valid).



肺： 正常 Normal
 Lungs 異常 Impaired

心臓： 正常 Normal
 Cardiomegaly 異常 Impaired

← Date _____
 Film No. _____

Describe the condition of applicant's lungs.

異常がある場合

心電図 Electrocardiograph： 正常 Normal
 異常 Impaired

3. 現在治療中の病気 Yes (Disease _____)
 Disease currently being treated No

4. 既往症

Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
 (If the applicant has not contracted any of the disease, please check "None".) (いずれも該当しない場合は、なしにチェックすること。)

- Tuberculosis..... (. . .) Malaria..... (. . .) Other communicable disease..... (. . .)
 Epilepsy..... (. . .) Kidney disease..... (. . .) Heart disease..... (. . .)
 Diabetes..... (. . .) Drug allergy..... (. . .) Psychosis..... (. . .)
 Functional disorder in extremities..... (. . .)
 None.....

5. 検査 Laboratory tests

検尿 Urinalysis: glucose (), protein (), occult blood ()
 赤沈 ESR: _____ mm/Hr, WBC count: _____ /cmm 貧血
 Hemoglobin: _____ gm/dl, GPT: _____ anemia

6. 診断医の印象を述べてください。(問題がない場合も、その旨ご記入ください。)
 Please give your impression of the applicant's health. (If you do not have a particular opinion, please write as such.)

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 her health status is adequate to pursue studies 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