

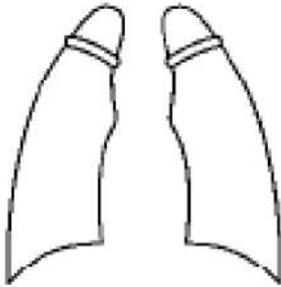
4. Please describe the result of X-ray examination of the applicant's chest.

The examination date and Film No. are exclusively needed.

(X-ray taken more than 2 months prior to this examination are NOT valid.)

申請者の胸部について、X線検査の結果を記入してください。

X線検査の日付とフィルムナンバーも記入すること（2ヶ月以上前の検査は無効。）



Lungs: normal 正常

肺 impaired 異常

Date _____ / _____ / _____ (dd/mm/yy)

Film No. _____

Describe the condition of the applicant's lungs.

5. Laboratory tests 検査

Urinalysis: glucose () protein () occult blood ()

検尿

ESR: _____ mm/Hr WBC count: _____ mm³

赤沈

Hemoglobin: _____ gm/dl GPT(ALT): _____ U/L

6. In view of the applicant's medical history and the above findings, do you think that his/her health status is adequate to meet the demands of 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十分に留学に耐えうるものと思われますか？ Yes又はNoにチェックをしてください。

Yes はい No いいえ

7. Particulars or additional comments:

特記すべき事項

Medical institution: _____

健康診断実施施設名

Address 所在地: _____

Telephone number 電話番号: _____

Physician's name (Print) 医師氏名: _____

Physician's signature 医師署名: _____

Date 日付: _____ / _____ / _____ (dd/mm/yy)