

CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断書

(To be completed by an examining physician)

※Note: All items in the form must be completed. Incomplete form will not be accepted.

注意：必ず全ての項目を記入して下さい。未記入がある場合は受け付けられません。

※Please fill out in Japanese or English in block letters.

日本語又は英語により明瞭に記載して下さい。

☐ Male 男

☐ Female 女

Name: _____

氏名 Family name First name Middle name

Date of Birth: ____ / ____ / ____ Age: ____

生年月日 (dd / mm / yy) 年齢

1. Are you under medical treatment?

現在治療中の病気

☐ No

☐ Yes (Conditions: _____)

(Particulars: _____)

2. Medical history: Please check Yes/No and fill in the date of recovery.

既往歴

	No	Yes	dd/mm/yy		No	Yes	dd/mm/yy
Tuberculosis			/ /	Malaria			
Other communicable disease			/ /	Epilepsy			
Kidney disease			/ /	Heart disease			
Diabetes			/ /	Drug allergy			
Psychosis			/ /	Functional disorder in extremities			

3. Physical examination

身体検査

(1) Height: _____ cm Weight: _____ kg

身長

体重

(2) Blood pressure: _____ ~ _____ mmHg Pulse: ☐ regular 整 ☐ irregular 不整

血圧

(3) Hearing: ☐ normal 正常 ☐ impaired 低下 Speech: ☐ normal 正常 ☐ impaired 異常

聴力

言語

(4) Anemia: ☐ No なし ☐ Yes あり

貧血

(5) Breath sound: ☐ normal 正常 ☐ impaired 異常

呼吸音

(6) Heart sound: ☐ normal 正常 ☐ impaired 異常

心音

(7) Cardiomegaly: ☐ No なし ☐ Yes あり

心肥大

If 'Yes', electrocardiograph is required.

もし『あり』の場合、心電図検査が必要。

Electrocardiograph: ☐ normal 正常 ☐ impaired 異常

心電図

Continued to reverse side 裏面へ続く

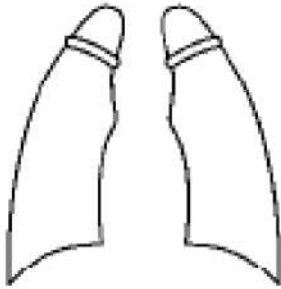
4. Please describe the result of X-ray examination of the applicant's chest.

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)