

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 No / Yes and fill in the date of recovery.

既往歴

	No	Yes	dd/mm/yy		No	Yes	dd/mm/yy
Tuberculosis (結核)			/ /	Malaria (マラリア)			/ /
Other communicable disease(その他伝染病)			/ /	Epilepsy (てんかん)			/ /
Kidney disease (腎疾患)			/ /	Heart disease (心疾患)			/ /
Diabetes (糖尿病)			/ /	Drug allergy (薬物アレルギー)			/ /
Psychosis (心理的障害)			/ /	Functional disorder in extremities (身体機能障害)			/ /

3. Physical examination

身体検査

(1) Height : \_\_\_\_\_ cm Weight : \_\_\_\_\_ kg

身長 体重

(2) Blood pressure : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ mmHg Pulse :  regular 整

血圧 脈拍  irregular 不整

(3) Hearing :  normal 正常 Speech :  normal 正常

聴力 言語  impaired 低下 異常

(4) Anemia :  No なし

貧血  Yes あり

(5) Breath sound :  normal 正常

呼吸音  impaired 異常

(6) Heart sound :  normal 正常

心音  impaired 異常

Cardiomegaly :  No なし

心肥大  Yes あり

If 'Yes', electrocardiograph is required

もし『あり』の場合、心電図検査をすべきである

Electrocardiograph :  normal 正常

心電図  impaired 異常

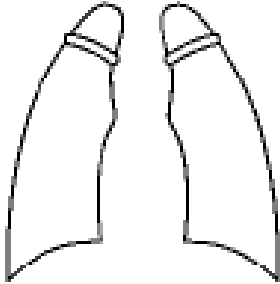
4. Please describe the result of X-ray examination of the applicant's chest.

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 : \_\_\_\_\_ mm<sup>3</sup>

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)