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			/ /	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

血圧　脈拍　☐irregular　不整

(3) Hearing：☐normal　正常　Speech：☐normal　正常

聴力　☐impaired　低下　言語　☐impaired　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

Continued on reverse side　裏面へ続く

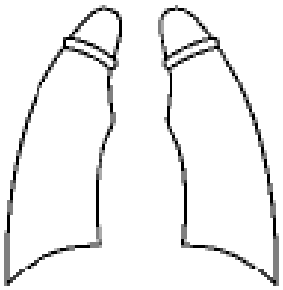
4. Please describe the result of X-ray examination of the applicant`s chest.

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：＿＿＿＿＿＿ g/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充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)