

健康診断書/CERTIFICATE OF HEALTH

*医師に記入してもらうこと/to be completed by the examining physician

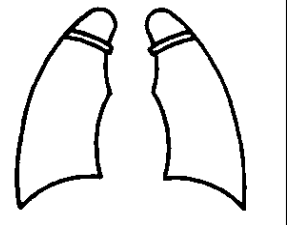
*日本語又は英語により明瞭に記載すること/Please fill out the form (PRINT or TYPE) in Japanese or English.

氏名/ Name	姓/ Sir Name	名/ Given Name	ミドルネーム/Middle Name
性別/ Gender	<input type="checkbox"/> 男/Male	生年月日 (西暦) /Date of Birth (AD)	Year: _____ Month: _____ Day: _____
	<input type="checkbox"/> 女/Female		
	<input type="checkbox"/> その他/other		

1. 身体検査/Physical Examination

(1) 身長/Height	_____ cm	(2) 体重/Weight	_____ kg
(3) 血圧/Blood Pressure	_____ mmHg~ _____ mmHg		
(4) 血液型/Blood Type	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5) 脈拍/Pulse	<input type="checkbox"/> 整/Regular	(7) 色覚異常の有無/Color Blindness	<input type="checkbox"/> 有/Yes <input type="checkbox"/> 無/No
	<input type="checkbox"/> 不整/Irregular		
(6) 視力/Eyesight	裸眼/Unaided	右/Right: _____	左/Left: _____
	矯正/Corrective	右/Right: _____	左/Left: _____
(8) 聴力/Hearing	<input type="checkbox"/> 正常/Nomal	(9) 言語/Speech	<input type="checkbox"/> 正常/Nomal
	<input type="checkbox"/> 異常/Impaired		<input type="checkbox"/> 異常/Impaired

2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) /Physical and X-ray Examinations of Chest (Within Six Months)

	胸部X線所見/Discribe condition of lungs	(1) 肺/Lungs	<input type="checkbox"/> 正常/Normal
	<input type="checkbox"/> 正常/Normal		<input type="checkbox"/> 異常/Impaired
	<input type="checkbox"/> 異常/Impaired	(2) 心臓/Cardio	<input type="checkbox"/> 正常/Normal
			<input type="checkbox"/> 異常/Impaired
		異常がある場合 心電図/If impaired ⇒Electrocardiogram	<input type="checkbox"/> 正常/Normal
			<input type="checkbox"/> 異常/Impaired
撮影年月日/Date Taken	胸部聴診 (呼吸音) Chest auscultation (breath sound)		<input type="checkbox"/> 正常/Normal
			<input type="checkbox"/> 異常/Impaired
フィルム番号/Film No. (任意if any)	Examinations of the neck (inspection, palpation)		<input type="checkbox"/> 正常/Normal
			<input type="checkbox"/> 異常/Impaired

3. 現在治療中の病気/Disease currently being treated

<input type="checkbox"/> 無/No	<input type="checkbox"/> 有/Yes	病名/Specify it: _____
-------------------------------	--------------------------------	----------------------

4. 既往症/Past illness/disorder

該当するものにチェックと完治時期または治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。
Please check ✓and fill date of recovery/under treatment.If NOT contracted any of them in the past, please check "None".

チェック欄/Tick	病名/Name	完治時期/Date of recovery	治療中/under treatment	チェック欄/Tick	病名/Name	完治時期/Date of recovery	治療中/under treatment
<input type="checkbox"/>	結核/Tuberculosis			<input type="checkbox"/>	マラリア/Malaria		
<input type="checkbox"/>	麻疹/Measles			<input type="checkbox"/>	てんかん/Epilepsy		
<input type="checkbox"/>	腎疾患/Kidney disease			<input type="checkbox"/>	心疾患/Heart disease		
<input type="checkbox"/>	糖尿病/Diabetes			<input type="checkbox"/>	薬剤アレルギー/Drug Allergy		
<input type="checkbox"/>	肝炎/Hepatitis (Type: A, B, C, D, E)			<input type="checkbox"/>	精神疾患/Phychosis		
<input type="checkbox"/>	四肢機能障害/ Functional disorder in the extremities			<input type="checkbox"/>	その他感染症/ Other communicable diseases		
<input type="checkbox"/>	該当無し/None						

5. 検査/Laboratory tests

(1) 尿検査/Urinalysis	糖/Glucose	<input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)	蛋白/Protein <input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)	潜血/Occult Blood <input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)	(2) 検便/Feces: Parasite(egg of parasite)(+,-)			
(3) 貧血検査/Anaemia test	赤沈 ESR	mm /Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 hemoglobin	gm/dl	貧血/Aemia	<input type="checkbox"/> Positive (+) <input type="checkbox"/> Negative (-)
(4) 肝機能検査/LFT	GPT (ALT)	(IU/I)	GOT (AST)	(IU/I)	γ-GTP	(IU/I)		

6. 医師の診断・意見/Physician's impression of the applicant's health

--

7. 継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入ください。/Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.

--

**8. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康状態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 his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?**

<input type="checkbox"/>	はい/YES	日付(西暦) Date (AD)	Year:		Month:		Day:	
	<input type="checkbox"/>	いいえ/NO	医師署名 Physicians Signature					
			検査施設名 Office/Inst itution					
		所在地 Address						

注意事項/Notice
 回答項目に漏れがないかご確認ください。
 Please do not leave any blanks in this certificate.