

※医師が必ず全てを記入すること (to be filled out by physician)

# 健康診断書

## CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Name in full	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of birth	国籍 Nationality
現住所 Address			
1. 身長 (Height)                      cm      体重 (Weight)                      kg 視力 (Eyesight) 裸眼 (Without glasses) / 矯正 (With glasses)      聴力 (Hearing)                      色盲 (Color-blindness) 右 (Right)                              /                              右 (Right)                              正常 (Normal) ..... <input type="checkbox"/> 左 (Left)                                /                              左 (Left)                              異常 (Abnormal) ... <input type="checkbox"/>			
2. 既往症について、ある場合は <input type="checkbox"/> にチェックし、その罹患時の年齢を記入してください。 History of past illness (if any, indicate it with your age of contraction.) 結核 <input type="checkbox"/> 歳 (Age)                      マラリア <input type="checkbox"/> 歳 (Age)                      リウマチ <input type="checkbox"/> 歳 (Age) Tuberculosis                              Malaria                              Rheumatic fever てんかん <input type="checkbox"/> 歳 (Age)                      腎疾患 <input type="checkbox"/> 歳 (Age)                      心臓疾患 <input type="checkbox"/> 歳 (Age) Epilepsy                                      Kidney diseases                      Cardiac diseases 糖尿病 <input type="checkbox"/> 歳 (Age)                      アレルギー <input type="checkbox"/> 歳 (Age)                      その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> 歳 (Age) Diabetes                                      Allergy                                      Other communicable diseases			
3. 現在、病気があればチェックしてください。 Present condition (if any, please indicate.) 扁桃腺、鼻又は咽喉 ..... <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 ..... <input type="checkbox"/> Tonsils, Nose or Throat                      Heart or Blood Vessels 胃又は消化器官 ..... <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器 ..... <input type="checkbox"/> Stomach or Digestive System                      Genito-Urinary System 脳又は神経組織 ..... <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 ..... <input type="checkbox"/> Brain or Nervous System                      Blood or Endocrine System 肺又は呼吸器官 ..... <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官 ..... <input type="checkbox"/> Lungs or Respiratory System                      Bones, Joints or Locomotor その他内臓器官 ..... <input type="checkbox"/> 皮膚 ..... <input type="checkbox"/> Other Abdominal Organs                      Skin		4. エックス線検査 Chest X-Ray examination 健康... <input type="checkbox"/> Normal 要観察... <input type="checkbox"/> to be re-checked 要医療... <input type="checkbox"/> Require medical treatment  撮影年月日 Date of examination  所見 (Describe the condition of applicant's lungs)	
5. 診断の結果、本人の健康状態は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical conditions are 優 ..... <input type="checkbox"/> 良 ..... <input type="checkbox"/> 可 ..... <input type="checkbox"/> 不可 ..... <input type="checkbox"/> Excellent      Good              Fair              Poor		7. その他特記事項 Any other remarks	
6. 本人の健康状態は日本留学に支障がないかどうか。 Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan? 可 ..... <input type="checkbox"/> 不可 ..... <input type="checkbox"/> Yes                                      No			

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。  
I hereby certify the above diagnosis.

病院名 The name of the hospital	受診年月日 Date _____
_____	住所 Physician's address _____
_____	電話番号 Phone number _____
氏名 Physician's name _____	署名 Physician's signature _____



※必ずペンまたはボールペン(黒、またはブルーブラック色のインク)で記入してください。(消すことができる筆記用具での記入は不可。)  
 ※A4サイズに印刷してください。