健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English. 生年月日 口男 Male Name : ___ Date of Birth: 口女 Female Family name First name , Middle name Applicant 健康診断の前に下記の質問に答えてください。 Please answer the questions below before submitting to a physician for your physical examination. 1. 過去5年間に以下の病気あるいは大きな病気にかかったことがあれば記入してください。 Please check the list of diseases below and/or specify if you have had in the past five years. □結核 Tuberculosis □マラリア Malaria □てんかん Epilepsy □糖尿病 Diabetes □ぜんそく Asthma □心臓病 Heart Disease □腎臓病 Kidney Disease □肝臓病 Liver Disease □精神疾患 Psychosis □その他 Other (薬、食べ物、動物、その他でアレルギーがありますか。 はい いいえ Do you have any allergies to drugs , foods, animals and other? Yes No 具体的に記入してください。 Please specify.) (現在、何かの病気で薬を常用していますか。 いいえ はい Are you taking medication now? Yes No 病名 Disease 服用薬 medication)) Physician 1. 身体検査 Physical Examination RH + 体 重 血液型 Height Weight kg Blood Type A B O AB 血圧 Blood Pressure mm/Hg ~ ___ 視 力 <u>(R)</u> (L) (L) Eyesight (R) 色覚異常の有無 口正常 normal 裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses color blindness □異常 impaired 口正常 normal 口低下 impaired 聴 力 Hearing 2. 申請者の胸部について、聴診と X 線検査の結果を記入してください。 X 線検査の日付も記入すること (6ヶ月以上前の検査は無効) Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant's chest (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid). □正常 normal 心臓 口正常 Lung □異常 impaired Heart □異常 impaired T 心電図 Dat<u>e</u> Electrocardiograph: Film No □正常 normal Describe the condition of applicant's lung. □異常 impaired 3. 検 査 Laboratory tests 検 尿 Urinalysis),蛋白 Protein (),潜血 Occult blood () 糖Glucose(血液検査 Blood test 赤血球数 WBC count: _____ ×104 /μ |, 白血球数 WBC count: _____ /μ | 4. Please describe your impression. 5. 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康状況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, do you think his/her health status is adequate to pursue study in Japan? はい いいえ YES NO. 署名 Date: Signature Physician's name in print: 検査施設名 Office/Institution 所在地

Address