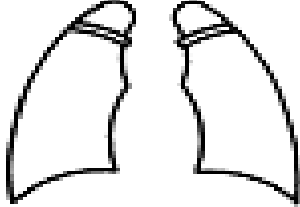


健康診断書 (医師に記入してもらうこと) CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

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

氏名 Name	Family name 姓	Given name 名	Middle name ミドルネーム
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Fem.	生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day

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 <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(6)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(9)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <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 the chest (within six months)			
	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 Year Month Day
		フィルム番号 Film No.	
		(1)肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	(2)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<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 Disease
4. 精神的な障害はありますか? Is the applicant registered with or known to live with any form of mental illness? あれば、詳細を記入してください。 If yes, please provide details:	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes
5. 何か身体的、学習的な障害はありますか? Does the applicant live with any physical or learning disabilities? あれば、詳細を記入してください。 If yes, please provide details:	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes
6. 現在、処方された薬を使っていますか? Does the applicant currently require any prescribed medication? あれば、詳細を記入してください。 If yes, please provide details:	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes

7. 既往症 Past illness/disorder	✓	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	✓	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
該当するものにチェックと完治時期/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 in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".		結核 Tuberculosis			マラリア Malaria	
		その他感染症 Other communicable disease			てんかん Epilepsy	
		腎疾患 Kidney disease			心疾患 Heart disease	
		糖尿病 Diabetes			薬剤アレルギー Drug allergy	
✓	無し None	精神疾患 Psychosis			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

8. 検査 Atrial Narrow							
(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose		蛋白 protein		潜血 occult blood		
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin	gm/dl	貧血 Anemia
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	(IU/l)	GOT (AST)	(IU/l)	γ-GTP	(IU/l)	

9. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health	
継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。 Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such.	

10. 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? 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?			
はい Yes	<input type="checkbox"/>	いいえ No	<input type="checkbox"/>
日付 Date	年 月 日 Year Month Day	医師署名 Physician's Signature	
検査施設名 Office/Institution		所在地 Address	