(建康)	診断書 (医師に) 日本語又は英語により	明瞭に	記載すること。	Please	fill out (F	PRINT/TYPE) in Japanese or	ning physician) English.
氏名							
Name	Family name		Give	en name 名		Middle name ミ 在	<u>ドルネーム</u> 月 日
性死 Sei		男 Male 女 Fem	i	生年月日 Date of Birt		Year	月 日 Month Da ^r
1. 身体検査	Physical examinat	ion		-			
(1)身長				.m (2)体重			k
Height (3)血圧				Weight (4)血液刑			1
Blood pressure			mmHg~ mmF	¹⁹ Blood type			\Box RH + \Box RH –
(5)脈拍 Pulse		 □ 整 □ 不整 	Regular Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness		□ 正常 Normal □ 異常 Impaire	d
		右)	(左) (L)	(8)聴力		□ 正常 Normal	
(6) 視力正yesig	mī 矯正		右) (左)	Hearing (9)言語		□ 正常 Normal	
	With glasses or conta			Speech		□ 異常 Impaire	d
2. 胸部腮調	◎及ひX線検査 (6	っケ月以	内) Physical and X-ray ex				
	$\sim \sim$		胸部X線所見 Describe the condition			Year	∃ 日 Month Da [∞]
	AA			フィルム	⊿番号	i oui	
	111			 (1)肺	No.		常 Normal
- 1	()			Lungs			
		1		(2)心臓			常 Normal
		1		Cardiom 異営	negaly があスせ		常 Impaired 常 Normal
						a = → 10:電凶 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
3. 現在治療			□ 無 No □ 有	Yes : 病名 Dis			
	currently being treated				cusc		
	な障害はありますか? pplicant registered wil	h or kno	wn to live with any form o	f mental illness?		□無No □ >	有 Yes
	ば、詳細を記入してくだる						
5	, please provide details:						
	:的、学習的な障害は applicant live with app					□ 無 No □ [;]	有 Yes
Dues the あれ	applicant live with an ば、詳細を記入してくだる	y priysica živo	al or learning disabilities?				
If yes	, please provide details:						
	方された薬を使ってい					□無No □ ⁷	有 Yes
Does the あれい	applicant currently re ば、詳細を記入してくだる	quire an ≾ເ≀	prescribed medication?				
	, please provide details:						
7. 既往症 /		,	库存 Name	完治時期/治療中	,	库存 Name	完治時期/治療中
Past illness/disorder		\checkmark	病名 Name	Date of recovery /under treatment	\checkmark	病名 Name	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			結核			マラリア	
	当しない場合は「無し」に		Tuberculosis その他感染症			Malaria てんかん	
チェックすること。	チェックすること。		Other communicable disease			Epilepsy	
	d fill in the date of		腎疾患			心疾患	
recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please			Kidney disease 糖尿病			Heart disease	
	i ineni in ine pasi, piease					本剤 フレルモー	
check "None".			Diabetes			薬剤アレルギー Drug allergy	
						Drug allergy 四肢機能障害	
<u>check "None".</u> ✓			Diabetes			Drug allergy	
	無し None		Diabetes 精神疾患			Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the	
✓ 8.検査/ ⑴尿検査	無し None Arial Narrow 糖		Diabetes 精神疾患 Psychosis 蛋白			Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities 潜血	
✓ 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis:	無し None Arial Narrow 間 glucose		Diabetes 精神疾患 Psychosis 蛋白 protein		去量	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities 潜血 occult blood	
✓ 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test	無し None Arial Narrow 橋 glucose 赤沈 ESR	mm/Hr	Diabetes 精神疾患 Psychosis 蛋白 protein 白血球数 WBC count	/cmm 血色 Hemog		Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities 潜血	
 8.検査/ (1) 尿検査 Urinalysis: (2) 貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 	無し None Arial Narrow 相 glucose 赤沈 ESR GPT	mm/Hr	Diabetes 精神疾患 Psychosis G白血球数 WBC count	/cmm Hemo		Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities 潜血 occult blood 貧血	(IU/ I)
✓ 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT)		Diabetes 精神疾患 Psychosis 回血球数 WBC count (IU/ I) GOT (AST)	/cmm Hemo	globin	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities 潜血 occult blood gm/dl 貧血 Anemia	-
 人 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9.医師の認 	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT)	s impres	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's her	/cmm Hemo	globin	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities 潜血 occult blood gm/dl 貧血 Anemia	-
 ✓ 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 診断・意見 Physician 葉、その他問題がない場合	s impres も、その旨	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's her	alth	globin (IU/I)	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	-
 ✓ 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の影 継続的治療・投 	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 診断・意見 Physician 葉、その他問題がない場合	s impres も、その旨	Diabetes 精神疾患 Psychosis 回血球数 WBC count (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。	alth	globin (IU/I)	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	-
 ✓ 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 診断・意見 Physician 葉、その他問題がない場合	s impres も、その旨	Diabetes 精神疾患 Psychosis 回血球数 WBC count (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。	alth	globin (IU/I)	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	-
 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9.医師の認 継続的治療・投 Please write if t 	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) ダ断・意見 Physician 葉、その他問題がない場合	s impres も、その旨 r medicatio	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。 n or treatment. If you do not h	alth nave a particular opinion,	globin (IU/I) please w	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	(IU/ I)
 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 Please write if t 10. 志願者の 	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 多断・意見 Physician' 変素、その他問題がない場合 the applicant needs regular	s impres も、その旨 r medicatio の結果が	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (IU/ I) GOT (IU/ I) Sion of the applicant's hea ご記入ください。 n or treatment. If you do not h	/cmm Hemoor alth nave a particular opinion,	globin (IU/ I) please w 学に耐 え	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	(IU/ I)
 ✓ 8.検査/ (1)尿検査 Urinalysis: (2)貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 Please write if t 10. 志願者の In view of the はい 	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 多断・意見 Physician 读家、その他問題がない場合 the applicant needs regular	s impres も、その旨 r medicatio の結果が id the ab いいえ	Diabetes 精神疾患 Psychosis 白血球数 WBC count (IU/ I) GOT (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。 in or treatment. If you do not h の ら判断して、現在の健康 ove findings, is it your obs	/cmm Hemoor alth nave a particular opinion,	globin (IU/ I) please w 学に耐 え	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	(IU/ I)
✓ 8.検査/ (1) 尿検査 Urinalysis: (2) 貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 Please write if t 10. 志願者の In view of the はい Yes	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 参断・意見 Physician 愛斯、意見 Physician 愛斯、意見 Physician 愛斯、意見 Physician 愛斯、意見 Physician の世話がない場合 たい。	s impres も、その旨 r medicatio の結果が nd the ab いいえ NO	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。 In or treatment. If you do not h の 5判断して、現在の健康 Due findings, is it your obs	/cmm Hemog alth have a particular opinion, の状況は充分に留 ervation that his/her	globin (IU/ I) please w 学に耐 え	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	(IU/ I)
✓ 8.検査/ (1) 尿検査 Urinalysis: (2) 貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 Please write if t 10. 志願者の In view of the はい Yes 日付	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 参断・意見 Physician' 逐漸、意見 Physician' 逐漸、意見 Physician' 逐漸、意見 Physician' 逐漸、意見 Physician' 逐漸、意見 Physician' 逐漸、意見 Physician' 運	s impres も、その旨 r medicatio の結果が d the ab いいえ No 月	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。 n or treatment. If you do not h Pら判断して、現在の健康 bye findings, is it your obs	/cmm Hemod alth have a particular opinion, の状況は充分に留 ervation that his/her l 医師署名	globin (IU/ I) please w 学に耐 え	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	(IU/ I)
✓ 8.検査/ (1) 尿検査 Urinalysis: (2) 貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 Please write if t 10. 志願者の In view of the Istu Yes 日付 Date	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 参断・意見 Physician 葉、その他問題がない場合 the applicant needs regular D既往歴、診察・検査 e applicant's history an 口 年 Ye	s impres も、その旨 r medicatio の結果が d the ab いいえ No 月	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。 n or treatment. If you do not h Pら判断して、現在の健康 bye findings, is it your obs	/cmm Hemog alth have a particular opinion, その状況は充分に留 ervation that his/her 医師署名 scian's Signature	globin (IU/ I) please w 学に耐 え	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	(IU/ I)
8.検査/ (1) 尿検査 <u>Urinalysis:</u> (2) 貧血検査 Anemia test (3)肝機能検査 LFT 9. 医師の診 継続的治療・投 Please write if t 10. 志願者の In view of the はい Yes 日付	無し None Arial Narrow 福 glucose 赤沈 ESR GPT (ALT) 多断・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 章 女子 (ALT) 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 愛斯・意見 Physician 章 文 の他問題がない場合 たた 中 の に の た の の の (ALT) の の (ALT) の の の の の の の の (ALT) の の の の の で (ALT) の の の の の の の の の の の の の の の の の の	s impres も、その旨 r medicatio の結果が d the ab いいえ No 月	Diabetes 精神疾患 Psychosis 自血球数 WBC count (IU/ I) GOT (IU/ I) GOT (AST) sion of the applicant's hea ご記入ください。 n or treatment. If you do not h Pら判断して、現在の健康 bye findings, is it your obs	/cmm Hemod alth have a particular opinion, の状況は充分に留 ervation that his/her l 医師署名	globin (IU/ I) please w 学に耐 え	Drug allergy 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	(IU/ I)