

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name: _____, _____, _____ 生年月日 Date of Birth: ____/____/____ 男 Male
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.

- ぜんそく Asthma 結核 Tuberculosis マラリア Malaria てんかん Epilepsy 糖尿病 Diabetes
心臓病 Heart Disease 腎臓病 Kidney Disease 肝臓病 Liver Disease 精神疾患 Psychosis
その他 Other (_____)

2. 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/or other? Yes No
 具体的に記入してください。 /
 Please specify. (
 (_____)

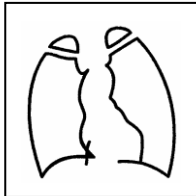
3. 現在、何かの病気で薬を常用していますか。 はい いいえ
 Are you currently on any medications? Yes No
 病名 Disease 服用薬 Medication
 (_____) (_____)

Physician

1. 身体検査
 Physical Examination

身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ kg 血液型 Blood Type _____ RH _____
 血圧 Blood Pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg A B O AB
 視力 Eyesight (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____ 色覚異常の有無 正常 normal
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses 異常 impaired
 聴力 Hearing 正常 normal
低下 impaired

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.)



肺 Lung 正常 normal 心臓 Heart 正常 normal
異常 impaired 異常 impaired

Date _____
 Film No _____

↓
 心電図 Electrocardiograph:
正常 normal
異常 impaired

Describe the condition of applicant's lung.

3. 検査 Laboratory tests
 検尿 Urinalysis

糖 Glucose (_____), 蛋白 Protein (_____), 潜血 Occult blood (_____)

血液検査 Blood test

赤血球数 WBC count: _____ ×10⁴ /μl, 白血球数 WBC count: _____ /μl

4. COVID-19 vaccine inoculation Types of vaccine: 1st: _____ 2nd: _____ Booster: _____

Dates of inoculation? 1st: _____ 2nd: _____ Booster: _____

5. Please describe your impression.

6. 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せんか?
 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

日付 Date: _____ 署名 Signature _____

医師氏名 Physician's name in print: _____

検査施設名 Office/Institution

所在地 Address _____