

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH



出願者氏名 Name of applicant	Last	First	Middle
生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day
現住所 Current Address	〒		性別 Sex
			男 Male
			女 Female
	電話 Phone No.		

医師が記入してください。/ To be completed by the examining physician.

身長 Height	cm	体重 Weight	kg
視力 Eyesight	裸眼 Without glasses	右 (R)	左 (L)
		矯正視力 With glasses or contact lenses	右 (R)
			左 (L)
血圧 Blood Pressure	最高/ Sys.	最低/ Dia.	mmHg
尿検査 Urinalysis test	糖/ Glucose	潜血/ Occult blood	
	蛋白/ Protein		

現状および病歴/ Medical condition currently being treated and medical history

現在治療中の病気/ Treated currently

☐ Yes (Medical Condition:)
☐ No

既往症

Medical History: Please check each box ☒ if you have had any illness and fill in the date of recovery.

結核/ Tuberculosis ☐ (Date: / /) マラリア/ Malaria ☐ (Date: / /)
 Other Communicable disease ☐ (Date: / /) てんかん/ Epilepsy ☐ (Date: / /)
 腎臓の病気/ Kidney Disease ☐ (Date: / /)
 心臓の病気/ Heart Disease ☐ (Date: / /)
 糖尿病/ Diabetes ☐ (Date: / /)
 薬剤アレルギー/ Drug Allergy ☐ (Date: / /)
 精神病/ Psychosis ☐ (Date: / /)
 重度の機能的障害/ Functional disorder in extremities ☐ (Date: / /)

申請者の胸部について、聴診とX線検査、心電図の結果を記入して下さい。検査の日付も記入すること。
 (6ヵ月以上前の検査は無効。)

Please describe the results of physical, X-ray examinations and electrocardiograph.

Examination date should be indicated. (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid)



The results of physical

肺 Lungs	☐ 正常/ Normal ☐ 異常/ Impaired	心臓 Cardiomegaly	☐ 正常/ Normal ☐ 異常/ Impaired
()		()	
☐ 胸部X線検査/ Chest X-ray Date: / /	☐ 正常/ Normal ☐ 異常/ Impaired ()	心電図/ Electrocardiograph Date: / /	☐ 正常/ Normal ☐ 異常/ Impaired ()

その他特記事項/ Please describe any particular comments regarding to applicant's health.

私の診断した結果、出願者の健康状態は次のとおりである。/ The overall physical condition of the applicant is:

☐ 優/ Excellent ☐ 良/ Good ☐ 可/ Fair ☐ 不可/ Poor

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いますか？

In view of the applicant's medical history and the above findings, is it your observation his/her health status is sufficient to pursue studies in Japan?

☐ はい/ Yes ☐ いいえ/ No

医師名 Physician's Name	Prin (印) Signature
診療機関名 Name of Medical Facility	
住所 Complete Address	〒 電話 Phone No.
診断日 Date of Examination	年 year
	月 month
	日 day