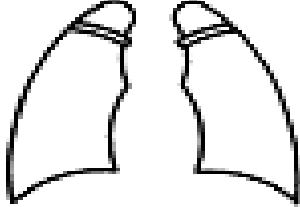


健康診断書 (医師に記入してもらうこと) CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

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 | |