

健康診断書  
Certificate of Health (to be filled out by the examining physician)

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

Name : \_\_\_\_\_ (漢字) 氏名: \_\_\_\_\_  
Family Given Middle

生年月日 年齢 □ 男 Male  
Date of Birth : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19 Age : \_\_\_\_\_ □ 女 Female  
Month Day Year

1. 身体検査  
Physical Examinations

- (1) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg  
Height Weight
- (2) 血圧 \_\_\_\_\_ mm/Hg ~ \_\_\_\_\_ mm/Hg 脈拍数 \_\_\_\_\_ 分 □ 整 regular  
Blood pressure Pulse rate □ 不整 irregular
- (3) 視力 (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 Color blindness □ 異常 abnormal
- (4) 聴力 □ 正常 normal 言語 □ 正常 normal 運動機能 □ 正常 normal  
Hearing □ 低下 impaired Speech □ 異常 impaired Locomotive System □ 異常 abnormal

2. 申請者の胸部について、身長とX線検査の結果を記入して下さい。X線検査日の日付も記入すること。(3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, also note the exact date of X-ray (X-ray taken more than 3 months prior to the certification is NOT valid).

健康 ... □ Normal 所見 \_\_\_\_\_  
要観察 ... □ To be observed Describe the findings of applicant's lungs :  
要治療 ... □ Require treatment

撮影年月日  
Date of examination : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19  
Month Day Year

3. 既往症のある場合は□にチェックし、その年月日をカッコ内に記入して下さい。  
Past history : (if any, fill the date of recovery)

結核 Tuberculosis ... □ ( . . . )	マラリア Malaria ... □ ( . . . )	リウマチ Rheumatic ... □ ( . . . )	てんかん Epilepsy ... □ ( . . . )
腎疾患 Renal Disease ... □ ( . . . )	心臓疾患 Cardiac Disease ... □ ( . . . )	糖尿病 Diabetes ... □ ( . . . )	アレルギー Allergy ... □ ( . . . )
その他の伝染病 Other Infectious Diseases ... □ ( . . . )			

4. 現在の健康状態を記入して下さい。  
I diagnose that applicant's mental and physical conditions are :

□ 優 Excellent □ 良 Good □ 可 Fair □ 不可 Poor

5. 志願者の既往症、診察、検査の結果から判断して、現在の健康の状況は留学に耐えうるものと思われますか？  
In view of the applicant's history and above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Ja  
□ 可 Yes □ 不可 No

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。  
I hereby certify the above diagnosis to be accurate and complete to the best of my knowledge.

日付 署名  
Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19 Signature : \_\_\_\_\_  
Month Day Year

医師氏名  
Physician's Name in Print : \_\_\_\_\_

検査施設名  
Office / Institution : \_\_\_\_\_

所在地  
Address : \_\_\_\_\_