

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

医師が必ず全てを記入すること (to be filled out by physician only)

志願者氏名 男 Male 生年月日 国籍
 Name in full _____ 女 Female Date of birth Nationality
 現住所 Address _____

1.	身長 (Height) _____ cm, 体重 (Weight) _____ kg, 胸囲 (Girth of chest) _____ cm			
	視力 (Eyesight)		聴力 (Hearing)	色神 (Color-blindness)
	裸眼 (Without glasses)	矯正 (With glasses)	左 (Left)	正常 (Normal) <input type="checkbox"/>
	左 (Left)	/	右 (Right)	異常 (Abnormal) ... <input type="checkbox"/>
	右 (Right)	/		
2.	既往症について、ある場合はチェック□し、その罹患時の年齢を記入して下さい。 History of past illness: (if any, indicate it with your age of contraction.)			
	結核 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	リウマチ <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	
	Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever	
	てんかん <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	
	Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases	
	糖尿病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	
	Diabetes	Allergy	Other communicable diseases	
3.	現在、病気があればチェックして下さい。 Present Condition: (if any, please indicate)		4. エックス線検査 Chest X-ray examination	
	扁桃腺、鼻又は咽喉 <input type="checkbox"/>	心臓又は血管 <input type="checkbox"/>	健康 ... <input type="checkbox"/> Normal	
	Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels	要観察 ... <input type="checkbox"/> to be re-checked	
	胃又は消化器官 <input type="checkbox"/>	泌尿生殖器 <input type="checkbox"/>	要医療 ... <input type="checkbox"/> Require medical treatment	
	Stomach or Digestive System	Genito-Urinary System		
	脳又は神経組織 <input type="checkbox"/>	血液又は内分泌器官 <input type="checkbox"/>	撮影年月日	
	Brain or Nervous System	Blood or Endocrine System	Date of examination	
	肺又は呼吸器官 <input type="checkbox"/>	骨、関節又は運動器官 <input type="checkbox"/>		
	Lungs or Respiratory System	Bones, Joints or Locomotor		
	その他内臓器官 <input type="checkbox"/>	皮膚 <input type="checkbox"/>	所見	
	Other Abdominal Organs	Skin	(Describe the condition of applicant's lungs)	
5.	診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical conditions are ;			
	優 <input type="checkbox"/>	良 <input type="checkbox"/>	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>
	Excellent	Good	Fair	Poor
6.	本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。 Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan ?			
	可 <input type="checkbox"/>	不可 <input type="checkbox"/>		
	Yes	No		
	7. その他特記事項 Any other remarks :			

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.

署名
Physician's signature:
 氏名
Physician's name:
 住所
Physician's address:

(印)

診断年月日
Date: _____