健康診断書 **Health Certificate**

診断項目は英語か日本語ですべて記入して下さい。 Please complete all or address all the diagnosis items in English or Japanese.

生年月日: 月 日 年 年齢 独身 既婚 別報身 既婚 別報身 既婚 別報身 既婚 別報身 既婚 別報身 以婚 別報身 以婚 別報身 以婚 別報身 以婚 別報身 以婚 以表 以表 以表 以表 以表 以表 以表	名 前: Name:					Male	Female
夕体検査 Physical Examinations 身長: 体重: 血圧: Height: Mg Blood Pressure		/ 名1	First /	ミドルネー	· ム Middle (if any,		Temate
Physical Examinations 身長: 体重: 血圧: Height: cm Weight: Kg Blood Pressure mm/Hg~ mm/Hg 血液型:			•)		
身長: 体重: Meight: Kg Blood Pressure mm/Hg mm/Hg Meight: Kg Blood Pressure mm/Hg mm/Hg Meight: Kg Blood Pressure mm/Hg Meight: Kg Blood Pressure mm/Hg Meight: Meight: Kg Blood Pressure mm/Hg Meight:	· · · · · ·	ions					
血液型: Blood Type: A B O AB RH + Pulse Rate: min	身長:						
Blood Type: A B O AB RH + Pulse Rate:	Height:	cm	Weight:	Kg	Blood Pressure	e mm/Hg^	mm/Hg
Eyesigh: (R) (L) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R) (R)		O AB	RH + -				
Rearing: □低下 impaired Speech: □異常 impaired アレルギー Allergies 薬のアレルギー Allergies to Medications: その他のアレルギー Allergies・Others 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下さい。 X 線検査の日付も記入すること 5 か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 (X-ray taken mor han 6 months prior to the certification is NOT valid). 肺: □正常 normal 心臓: □正常 normal Lung: □異常 impaired Heart: □異常 impaired Date Film No. Describe the condition of applicant's chest: 検査 Laboratory tests 検尿: 糖 蛋白 潜血 Jrinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()	Eyesight: (R)			. ,			
Allergies 薬のアレルギー Allergies to Medications: その他のアレルギー Allergies-Others 中請者の胸部について、聴診と X 線検査の結果を記入して下さい。X 線検査の日付も記入すること 5 か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 (X-ray taken mor than 6 months prior to the certification is NOT valid).							
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下さい。X 線検査の日付も記入すること 6 か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 (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid). priction priction	Allergies 薬のアレルギー Allergies to Medical						
Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant's chest x-ray (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).							
肺: □正常 normal 心臓: □正常 normal Lung: □異常 impaired Heart: □異常 impaired Date Film No. Describe the condition of applicant's chest: 検査 Laboratory tests 検尿: 糖 蛋白 潜血 Urinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()	Allergies- Others 申請者の胸部につい	ハて、聴診					日付も記入すること
Film No. Describe the condition of applicant's chest: 検査 Laboratory tests 検尿: 糖 蛋白 潜血 Urinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい 6 か月以上前の検査 Please describe the i	ハて、聴彰 は無効)。 results of p	》と X 線検3 hysical and	室の結果を X-ray exa	記入して下る	さい。X 線検査のE	
Describe the condition of applicant's chest: 検査 Laboratory tests 検尿: 糖 蛋白 潜血 Urinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい 6 か月以上前の検査 Please describe the r	ハて、聴彰 は無効)。 results of p	》と X 線検3 hysical and tification is l	荃の結果を X-ray exa NOT valid : □正常	☆記入して下る minations of a normal	さい。X 線検査のE applicant's chest x- 心臓: □正	ray (X-ray taken more 常 normal
Describe the condition of applicant's chest: 検査 Laboratory tests 検尿: 糖 蛋白 潜血 Jrinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい か月以上前の検査 Please describe the n	ハて、聴彰 は無効)。 results of p	》と X 線検3 hysical and tification is 肺 Lu	をの結果を X-ray exa NOT valid : □正常 ung: □野	☆記入して下る minations of a normal	さい。X 線検査のE applicant's chest x- 心臓: □正	ray (X-ray taken more 常 normal
検査 Laboratory tests 検尿: 糖 蛋白 潜血 Urinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい か月以上前の検査 Please describe the n	ハて、聴彰 は無効)。 results of p	》と X 線検3 hysical and tification is 肺 La	を X-ray exa NOT valid : □正常 ung: □類	を記入して下る minations of a l). normal 具常 impaired	さい。X 線検査のE applicant's chest x- 心臓: □正	ray (X-ray taken more 常 normal
Aboratory tests 検尿: 糖 蛋白 潜血 Urinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい か月以上前の検査 Please describe the n	ハて、聴彰 は無効)。 results of p	》と X 線検3 hysical and tification is l h Lu <u>Da</u>	をの結果を X-ray exa NOT valid : □正常 ung: □類 ute m No.	を記入して下る minations of a り。 normal 具常 impaired	さい。X 線検査のE applicant's chest x- 心臓: □正 Heart: □異	ray (X-ray taken more 常 normal 常 impaired
赤沈ESR:	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい 6 か月以上前の検査 Please describe the u than 6 months prior	ハて、聴彰 は無効)。 results of p	》と X 線検3 hysical and tification is l h Lu <u>Da</u>	をの結果を X-ray exa NOT valid : □正常 ung: □類 ute m No.	を記入して下る minations of a り。 normal 具常 impaired	さい。X 線検査のE applicant's chest x- 心臓: □正 Heart: □異	ray (X-ray taken more 常 normal 常 impaired
	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい 6か月以上前の検査 Please describe the rithan 6 months prior than 6 months prior 検査 Laboratory tests 検尿: 糖	ハて、聴診 Eは無効)。 results of pi to the cert	をX線検3 hysical and tification is l h La <u>Da</u> Fil D	Manual Andrews And Tayler And Tayler Andrews	記入して下され minations of app mormal 常 impaired	さい。X 線検査のE applicant's chest x- 心臓: □正 Heart: □異	ray (X-ray taken more 常 normal 常 impaired
	Allergies- Others _ 申請者の胸部につい 6 か月以上前の検査 Please describe the r than 6 months prior 検査 Laboratory tests 検尿: 糖 Urinalysis: Glucose(ハて、聴診 Eは無効)。 results of p to the cert 蛋白), Protei	と X 線検3 chysical and tification is line Da Fil Di in(), occurrence particular parti	X-ray exa NOT valid : □正常 ung: □類 ute m No. escribe the continued	記入して下る minations of a l). normal は常 impaired	さい。X線検査のF applicant's chest x- 心臓: □正 Heart: □類	ray (X-ray taken more 常 normal 常 impaired
ease comment on any checked answers listed above:	相llergies- Others _ 申請者の胸部についるか月以上前の検査 Please describe the rathan 6 months prior 株査 Laboratory tests 検尿: 糖 Urinalysis: Glucose(赤沈ESR:mm/ 既往症 Medical History □ADHD(Attention Document of the prior) □常息 Asthma, □ □心臓病 Heart Disea	ハて、聴診 Eは無効)。 results of pi to the cert 蛋白), Protei (Hr, WBC	を X 線検3 hysical and tification is limited in the	**Eの結果を X-ray exa NOT valid : □正常 ing: □類 ite m No. escribe the control cult blood(/ml RE □貧血 convulsions, cood Pressure	記入して下され minations of all). normal	さい。X線検査のE applicant's chest x 心臓: □正 Heart: □類 olicant's chest: ×10 ⁴ /ml, Hemogle 摂食障害 Anorexia/ sy), □糖尿病 Diat longed Depression or A	ray (X-ray taken more 常 normal 常 impaired obin:

6. 現在治療中の病気 Under Medical Treatment		(Disease:)
7. 総合的所見 Please describe the results of th	ne medical	examination specifically.
Is it your observation his/her hone and half year?		E半の日本留学に支障が無いと思われますか。 s is physically and mentally adequate to pursue studies in Japan for
□Yes		□No
記載事項に誤りがないことを I hereby certify that all the inf		· · ·
日付:		署名:
Date		Signature
医師氏名: Physician's Name in Print		
検査施設名: Office/ Institution:		
所在地: Address:		