

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.

名前:

Name:

姓 Family / 名 First / ミドルネーム Middle (if any)

☐ 男性 ☐ 女性

Male Female

生年月日: 月 日 年 年齢

Date of Birth: Month Day Year (Age)

☐ 独身 ☐ 既婚

Single Married

1. 身体検査

Physical Examinations

身長:

Height: _____ cm

体重:

Weight: _____ Kg

血圧:

Blood Pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg

血液型:

Blood Type: A B O AB RH + -

脈拍:

Pulse Rate: _____ 分 ☐ 整 regular

☐ 不整 irregular

視力:

Eyesight: (R) _____ (L) _____

裸眼 without glasses

(R) _____ (L) _____

矯正 with glasses or contact lenses

色覚異常の有無: ☐ 正常 normal

Color Blindness ☐ 異常 impaired

聴力: ☐ 正常 normal

Hearing: ☐ 低下 impaired

言語: ☐ 正常 normal

Speech: ☐ 異常 impaired

2. 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 _____

3. 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).

肺: ☐ 正常 normal

Lung: ☐ 異常 impaired

心臓: ☐ 正常 normal

Heart: ☐ 異常 impaired

Date _____

Film No. _____

Describe the condition of applicant's chest: _____

4. 検査

Laboratory tests

検尿: 糖 蛋白 潜血

Urinalysis: Glucose(), Protein(), occult blood()

赤沈ESR: _____ mm/Hr, WBC count: _____ /ml, RBC count: _____ $\times 10^4$ /ml, Hemoglobin: _____ mg/dl,

5. 既往症

Medical History

☐ ADHD(Attention Deficit/Hyperactivity Dis.), ☐ 貧血 Anemia, ☐ 摂食障害 Anorexia/ Bulimia/ Eating Problems

☐ 喘息 Asthma, ☐ ひきつけ、てんかん Convulsions, Seizures(epilepsy), ☐ 糖尿病 Diabetes

☐ 心臓病 Heart Disease, ☐ 高血圧 High Blood Pressure, ☐ うつ Prolonged Depression or Anxiety

☐ 腎臓病 Renal Disease, ☐ 結核 Tuberculosis, ☐ 肝炎 Viral Hepatitis (Specify- A,B) ☐ HIV/AIDS

Please comment on any checked answers listed above: _____

6. 現在治療中の病気 ☐ Yes (Disease: _____)
Under Medical Treatment ☐ No

7. 総合的所見
Please describe the results of the medical examination specifically.

6. 本人の健康状態は身体的、精神的に 1 年半の日本留学に支障が無いと思われますか。
Is it your observation his/her health status is physically and mentally adequate to pursue studies in Japan for one and half year?

☐ Yes

☐ No

記載事項に誤りがないことを証明します。
I hereby certify that all the information given is correct.

日付 :
Date _____

署名 :
Signature _____

医師氏名 :
Physician's Name in Print _____

検査施設名 :
Office/ Institution: _____

所在地:
Address: _____