

健康診断書

Physical Examination Certificate

氏名 Name	性別 Sex	男 M	女 F	年齢 Age
生年月日 Date of birth	住所 Address	電話 Tel:		

1. 下記の中で過去にかかった病気がある場合、該当する項目にチェックをしてください。

Please check if you have had any of the following diagnosis.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 結核
tuberculosis | <input type="checkbox"/> 腸チフス・パラチフス
typhoid fever · paratyphoid fever | <input type="checkbox"/> 胃・腸疾患
gastric/intestinal disorder |
| <input type="checkbox"/> 肝炎
hepatitis | <input type="checkbox"/> 心臓病
heart disease | <input type="checkbox"/> 麻疹
measles |
| <input type="checkbox"/> 喘息
asthma | <input type="checkbox"/> 糖尿病
diabetes | <input type="checkbox"/> 神経疾患
nerve disorder |
| <input type="checkbox"/> 小児麻痺
poliomyelitis | <input type="checkbox"/> 赤痢
dysentery | <input type="checkbox"/> 精神病
psychosis |
| <input type="checkbox"/> 癌・白血病・悪性腫瘍
cancer · leukemia · malignant tumor | <input type="checkbox"/> 高血圧症
high blood pressure | <input type="checkbox"/> 大きな外傷(手術・骨折)
major injuries (operation, fracture) |

2. 身体検査 Physical Examination

身長 Height	cm	体重 Weight	kg	視力 右 Eye sight R	左 L	血液型 Blood type A · B · O · AB Rh ()	血圧 Blood pressure / mmHg
聴力 Hearing	右 R	左 L		眼疾患 Eye disease		耳鼻咽喉疾患 Nose, ear, and throat disorder	
心臓 Heart		肺 Lungs		腹部 Abdomen	筋・骨格 Musculoskeletal system	精神 Mental condition	

3. 胸部レントゲン撮影 Chest X-ray Examination done within 6 months prior to registration can be accepted.

撮影日 Date taken : _____ (mm/dd/yyyy)

結果 Result : 正常 Normal 要精密検査 Need close exam. 要治療 Need medical treatment

所見 Findings : 肺結核の所見なし No findings of pulmonary tuberculosis

異常所見なし No chest X-ray abnormalities

異常所見あればそれを記載して下さい

Please describe if any chest X-ray abnormalities.

所見 Findings :

4. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。該当する項目にチェックをしてください。

I diagnose that the applicant's health and physical condition is:

優 Excellent 良 Good 可 Fair 不可 Poor

5. 現在の本人の健康状況は、支障なく日本留学を行うことができる。

Do you think the applicant's physical condition is good enough for him/her to study in Japan?

可 Yes 不可 No

その他特記事項 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 statements are accurate.

署名 Signature

医師名 Name of physician

住所 Address

診断年月日 Date