

CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断書  
(To be completed by an examining physician)

※Note : All items on the form must be completed. Incomplete form will not be accepted.

注意 : 必ず全ての項目を記入して下さい, 未記入がある場合は受付られません。

※Please fill out in Japanese or English in block letters.

日本語又は英語により明瞭に記載して下さい。

Name : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  Male 男  
氏名 Family name First name Middle name  Female 女

Date of Birth : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_  
生年月日 ( dd / mm / yy ) 年齢

1. Are you under medical treatment?

現在治療中の病気

No

Yes (Conditions/particulars : \_\_\_\_\_)

2. Medical history : Please check No / Yes and fill in the date of recovery.

既往症

	No	Yes	dd/mm/yy		No	Yes	dd/mm/yy
Tuberculosis			/ /	Malaria			/ /
Other communicable disease			/ /	Epilepsy			/ /
Kidney disease			/ /	Heart disease			/ /
Diabetes			/ /	Drug allergy			/ /
Psychosis			/ /	Functional disorder in extremities			/ /

3. Physical examination

身体検査

(1) Height : \_\_\_\_\_ cm Weight : \_\_\_\_\_ kg  
身長 体重

(2) Blood pressure : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ mmHg Pulse :  regular 整  
血圧 脈拍  irregular 不整

~~(3) Eyesight : (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_  
視力 Without glasses 裸眼 With glasses or contact lenses 矯正~~

(4) Hearing :  normal 正常 Speech :  normal 正常  
聴力  impaired 低下 言語  impaired 異常

(5) Anemia :  No なし  
貧血  Yes あり

(6) Breath sound :  normal 正常  
呼吸音  impaired 異常

(7) Heart sound :  normal 正常  
心音  impaired 異常

Cardiomegaly :  No なし  
心肥大  Yes あり

If "Yes", electrocardiograph is required  
もし『あり』の場合, 心電図検査をすべきである

Electrocardiograph :  normal 正常  
心電図  impaired 異常

Continued on reverse side 裏面へ続く

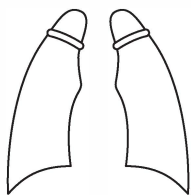
4. Please describe the result of X-ray examination of the applicant's chest.

The examination date and Film No. are exclusively needed.

(X-rays taken more than 2 months prior to this examination are NOT valid.)

申請者の胸部について、X線検査の結果を記入してください。

X線検査の日付とフィルムナンバーも記入すること（2ヶ月以上前の検査は無効。）



Lungs :  normal 正常  
肺  impaired 異常

Date / / (dd/mm/yy)

Film No. \_\_\_\_\_

Describe the condition of the applicant's lungs.

\_\_\_\_\_

5. Laboratory tests

検査

~~Blood type : A B O AB [ RH : + - ]~~

~~血液型~~

Urinalysis: glucose ( ), protein ( ), occult blood ( )

検尿

ESR : \_\_\_\_\_ mm/Hr, WBC count : \_\_\_\_\_ / mm<sup>3</sup>

赤沈

Hemoglobin : \_\_\_\_\_ gm/dl, GPT (ALT) : \_\_\_\_\_ U/L

6. In view of the applicant's medical history and the above findings, do you think that his/her health status is adequate to meet the demands of studies in Japan?

志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えうるものと思われますか？ Yes 又は No にチェックをしてください。

Yes はい No いいえ

7. Particulars or additional comments :

特記すべき事項

Medical institution : \_\_\_\_\_  
健康診断実施施設名

Address : \_\_\_\_\_  
所在地

Telephone number : \_\_\_\_\_  
電話番号

Physician's name (Print) : \_\_\_\_\_  
医師氏名

Physician's signature : \_\_\_\_\_ Date : / /  
医師署名 日付 (dd/mm/yy)

健康診断  
実施施設  
の印