

CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断証明書

(to be completed by the examining physician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること Please fill out (PRINT / TYPE) in Japanese or English.

氏名 _____ ☐男 Male 生年月日 _____ 年齢 _____
Name : _____ ☐女 Female Date of Birth: _____ Age: _____
Family name First name, Middle name

1. 身体検査

Physical Examinations

- (1) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
Height Weight
- (2) 血圧 _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型

A B O	RH +
-------	------

 脈拍 ☐整 regular ☐不整 irregular
Blood pressure Blood Type Pulse
- (3) 視力 _____ (R) _____ (L) 色覚異常の有無 ☐正常 normal ☐異常 impaired
Eyesight : (裸眼 without glasses) Color blindness
- (4) 聴力 ☐正常 normal 言語 ☐正常 normal ☐異常 impaired
Hearing : Speech :

2. 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ヶ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 taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).



肺 ☐正常 normal ☐異常 impaired
Lung : Cardiomegaly : ☐正常 normal ☐異常 impaired

肺の状態についてのコメント Describe the condition of applicant's lung:
異常がある場合 If the result shows impaired:

心電図 ☐正常 normal ☐異常 impaired
Electrocardiograph :

3. 現在治療中の病気 ☐ Yes (Disease: _____) (Allergy: _____)
Disease treated at Present ☐ No

4. 既往歴 Past history : Please indicate with + or - and fill in the date of recovery
Tuberculosis ☐ (. .) Malaria ☐ (. .) Other communicable disease ☐ (. .)
Epilepsy ☐ (. .) Kidney Disease ☐ (. .) Heart Diseases ☐ (. .)
Diabetes ☐ (. .) Drug Allergy ☐ (. .) Psychosis ☐ (. .)
Functional disorder in extremities ☐ (. .)

5. 既往症・アレルギー ☐ Yes (Disease/allergy: _____)
Existing condition and allergy ☐ No

6. 検査 Laboratory tests
検尿 Urinalysis : glucose (_____), protein (_____), occult blood (_____)
赤沈 ESR : _____ mm/Hr, WBC count _____ /cmm, 貧血 ☐
Hemoglobin : _____ gm/dl, GPT : _____
Anemia

7. 診断医の印象を述べて下さい。Please describe your impression.

8. 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？
In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue intended study in Japan?
Yes ☐ No ☐

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 : _____