健康診断書

**FORM D**

CERTIFICATE OF HEALTH (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

Surname First name Middle name

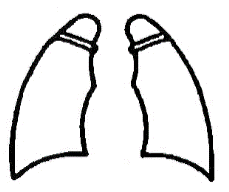
１．身体検査 (Physical Examination)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）身長Height cm　　　　　　　　体重Weight kg | | | | | | |
| （２）血圧  Blood pressure | mm/Hg～　　　mm/Hg | 血液型  Blood Type | A B O | RH  ＋ － | 脈拍  Pulse | □整 regular  □不整irregular |
| （３）視力  Eyesight | (R) (L)  裸眼 without glasses | 色覚異常の有無  color blindness | | □正常 normal  □異常 impaired | | |
| （４）聴力  Hearing | □正常normal  □低下impaired | 言　語  speech | | □正常 normal  □異常 impaired | | |

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ください。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 (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 Cardiomegaly: □異常 impaired

↓

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　異常がある場合　心電図 □正常normal

Electrocardiograph: □異常 impaired

Describe the condition of applicant's lung

３．現在治療中の病気　　　　　□ Yes (Disease: )

Disease Treated at Present　　 □ No

４．既往症

Past history: Please indicate with ＋ or － and fill in the date of recovery

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tuberculosis □( . . ) | Malaria □( . . ) | Other communicable disease □( . . ) |
| Epilepsy □( . . ) | Kidney Disease □( . . ) | Heart Disease □( . . ) |
| Diabetes □( . . ) | Drug Allergy □( . . ) | Psychosis □( . . ) |
| Functional Disorder in extremities □( . . ) | |  |

５．検査　Laboratory tests

　　検尿　Urinalysis : glucose ( ), protein ( ), occult blood ( ) 赤沈ESR: mm/Hr ,

　　WBC count: /cmm 貧血(anemia) □ Hemoglobin : mg/dl , GPT :

６．診察医の印象を述べてください。

Please describe your impression.

７．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充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 his/her health status is adequate to pursue studies in Japan？

yes □ no □

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) :