

# 健康診断書

## Certificate of Health

医師が必ず全てを記入すること(to be filled out by physician only)

志願者氏名  男 Male 生年月日 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_  
 Name in full  女 Female Date of birth \_\_\_\_\_ Nationality \_\_\_\_\_  
 現住所 \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_

1 身長(Height)	cm,	体重(Weight)	kg,
視力(Eyesight)		矯正(Weight glasses)	聴力(Hearing)
裸眼(Without glasses)/	/		色神(Color-Blindness)
右(Right)	/		正常(Normal) ... <input type="checkbox"/>
左(Left)	/		異常(Adnormal) ... <input type="checkbox"/>

2 既往症について、ある場合はチェック(□)し、しの罹患時の年齢を記入して下さい。  
 History of past illness:(if any , indicate it with your age of contraction.)

<input type="checkbox"/> 結核 _____ 歳(Age) Tuberculosis	<input type="checkbox"/> マラリア _____ 歳(Age) Malaria	<input type="checkbox"/> リウマチ _____ 歳(Age) Rheumatic fever
<input type="checkbox"/> てんかん _____ 歳(Age) Epilepsy	<input type="checkbox"/> 腎疾患 _____ 歳(Age) Kidney Diseases	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 _____ 歳(Age) Cardiac diseases
<input type="checkbox"/> 糖尿病 _____ 歳(Age) Diabetes	<input type="checkbox"/> アレルギー _____ 歳(Age) Allergy	<input type="checkbox"/> その他の伝染病疾患 _____ 歳(Age) Other communicable diseases

<p>3 現在、病気があればチェックして下さい。 Present Condition :(if any,please indicate)</p> <p>扁桃腺、鼻又は咽喉 ... <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 ... <input type="checkbox"/> Tonsils,Nose or Throat Heart or Blood Vessels</p> <p>胃又は消化器官 ... <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器 ... <input type="checkbox"/> Stomach or Digestive System Genito-Urinary System</p> <p>脳又は神経組織 ... <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 ... <input type="checkbox"/> Brain or Nervous System Blood or Endocrine System</p> <p>肺又は呼吸器官 ... <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官 ... <input type="checkbox"/> Lungs or Respiratory System Bones,Joints or Locomotor System</p> <p>その他の内臓器官 ... <input type="checkbox"/> 皮膚 ... <input type="checkbox"/> Other Abdominal Organs Skin</p>	<p>4 エックス線検査 Chest X-ray examination</p> <p>健康 <input type="checkbox"/> Normal 要観察 <input type="checkbox"/> to be re-checked 要医療 <input type="checkbox"/> Require medical treatment</p> <p>撮影年月日 _____ Date of examination</p> <p>所見 _____ (Describe the condition of applicant's lungs)</p>
--	--

<p>5 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical conditioare.</p> <p>優 ... <input type="checkbox"/> 良 ... <input type="checkbox"/> 可 ... <input type="checkbox"/> 不可 ... <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor</p> <p>6 本人の健康状況は日本語留学に支障がないかどうか。 Do you think the applicant's condition is good enough for him/ her to study in Japan? 可 ... <input type="checkbox"/> 不可 ... <input type="checkbox"/> Fair Poor</p>	<p>7 その他特記事項 Any other remarks:</p>
--	---

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 diagnosis.

署名  
Physician's signature: \_\_\_\_\_

氏名 (印)  
Physician's name: \_\_\_\_\_ Seal

住所  
Physician's address: \_\_\_\_\_

診断年月日  
Date: \_\_\_\_\_