

健康診断書 (2022年度版)

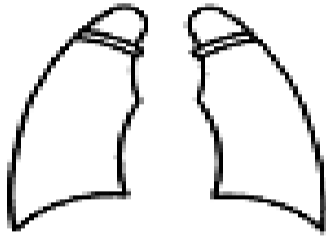
(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH (for 2022)

(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

| | | | |
|--------------|--|-----------------------|---------------------|
| 氏名 Name | Surname 姓 | Given name 名 | Middle name ミドルネーム |
| 性別 Gender | <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female | 生年月日 Date of Birth | 年 月 日 yyyy mm dd |

| | | | |
|--|---|-------------------------------|--|
| 1. 身体検査 Physical examination | | | |
| (1)身長 Height | cm | (2)体重 Weight | kg |
| (3)血圧 Blood pressure | mmHg~ mmHg | (4)血液型 Blood type | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- |
| (5)脈拍 Pulse | <input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular | (7)色覚異常の有無 Color blindness | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |
| (6)視力 Eyesight | 裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) | (8)聴力 Hearing | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |
| | 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L) | (9)言語 Speech | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |

| | | | |
|--|--|---|--|
| 2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months) | | | |
|  | 胸部X線所見 Describe the condition of lungs. | 撮影年月日 Date of X-ray | 年 月 日 yyyy mm dd |
| | | フィルム番号 Film No. | |
| | | (1)肺 Lungs | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |
| | | (2)心臓 Cardiomegaly | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |
| | | 異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |

| | |
|---|---|
| 3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated | <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease |
|---|---|

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|--|---|
| 4. 既往症 Past illness/disorder | <input checked="" type="checkbox"/> | 病名 Name | 完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment | <input checked="" type="checkbox"/> | 病名 Name | 完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment |
| 該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None". | | 結核 Tuberculosis | | | マラリア Malaria | |
| | | その他感染症 Other communicable disease | | | てんかん Epilepsy | |
| | | 腎疾患 Kidney disease | | | 心疾患 Heart disease | |
| | | 糖尿病 Diabetes | | | 薬剤アレルギー Drug allergy | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 無し None | 精神疾患 Psychosis | | | 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities | |

| | | | |
|--|--|---|---|
| 5. ワクチン接種歴 Vaccination History | MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Zoster)... <input type="checkbox"/> Time(s) () | Mumps... <input type="checkbox"/> Time(s) () | Hepatitis B... <input type="checkbox"/> Time(s) () |
| | MMR (Measles, Mumps, Rubella)... <input type="checkbox"/> Time(s) () | Chicken pox... <input type="checkbox"/> Time(s) () | Meningitis... <input type="checkbox"/> Time(s) () |
| | MR (Measles, Rubella)... <input type="checkbox"/> Time(s) () | Polio... <input type="checkbox"/> Time(s) () | |
| | M (Measles)... <input type="checkbox"/> Time(s) () | Diphtheria Pertussis Tetanus combined... <input type="checkbox"/> Time(s) () | |

| | | | |
|----------------------------------|--------------|-------------------|--------------------|
| 6. 検査 Laboratory tests | | | |
| (1)尿検査 Urinalysis: | 糖 glucose | 蛋白 protein | 潜血 occult blood |
| (2)貧血検査 Anemia test | 赤沈 ESR | 白血球数 WBC count | 血色素量 Hemoglobin |
| (3)肝機能検査 LFT | GPT (ALT) | GOT (AST) | γ-GTP |

| |
|--|
| 7. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health |
| 継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。 Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment. |

| | |
|--|-------------------------------|
| 8. In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue 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？ <input type="checkbox"/> YES (はい) <input type="checkbox"/> NO (いいえ) ※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application. 必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、大使館は申請を受理しません。 | 日付 Date |
| | 医師署名 Physician's Signature |
| | 検査施設名 Office/Institution |
| | 所在地 Address |