

# 健康診断書 (医師が記入のこと)

## CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by a medical practitioner)

志願者氏名 \_\_\_\_\_ 男 Male 生年月日: \_\_\_\_\_  
 Name of applicant: \_\_\_\_\_ 女 Female Date of birth: \_\_\_\_\_  
 現住所 \_\_\_\_\_ month day year  
 Address: \_\_\_\_\_

1. 身長 (height)	cm	体重 (weight)	kg	胸囲 (girth of chest)	cm
視力 (eyesight)					
裸眼 (without spectacles)		矯正 (with spectacles)		聴力 (hearing)	色神 (color-perception)
左 (left)	/	左 (left)		左 (left)	正常 (normal) ·····
右 (right)	/	右 (right)		右 (right)	異常 (abnormal) ·····
2. 既往症のある場合はチェックし、その罹患時の年齢を記入してください。 History of past illness (if any, indicate it with the age of contraction.):					
結核 _____ 歳 (age)		マラリア _____ 歳 (age)		リュウマチ _____ 歳 (age)	
tuberculosis		malaria		rheumatic fever	
てんかん _____ 歳 (age)		腎疾患 _____ 歳 (age)		心臓疾患 _____ 歳 (age)	
epilepsy		kidney diseases		cardiac diseases	
糖尿病 _____ 歳 (age)		アレルギー _____ 歳 (age)		その他の伝染病疾患 _____ 歳 (age)	
diabetes		allergy		other communicable diseases	
3. 現在、病気があればチェックしてください。 Please note any irregularity.			3. エックス線検査 chest X-ray examination		
扁桃腺、鼻又は咽喉 ·····	心臓又は血管 ·····		健康 ··· normal		
tonsil, nose or throat	heart or blood vessels		要観察 ··· to be rechecked		
胃又は消化器官 ·····	泌尿生殖器 ·····		要治療 ··· requires medical treatment		
stomach or digestive system	genito-urinary system		撮影年月日		
脳又は神経組織 ·····	血液又は内分泌器官 ·····		date of examination		
brain or nervous system	blood or endocrine system				
肺又は呼吸器官 ·····	骨、関節又は運動器官 ·····		所見 (Describe the condition of applicant's lungs)		
lungs or respiratory system	bones, joints or locomotor system				
その他内臓器官 ·····	皮膚 ·····				
other abdominal organs	skin				
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 condition is :			7. その他特記事項 Any other remarks		
優 ····· 良 ····· 可 ····· 不可 ·····					
Excellent Good Fair Poor					
6. 本人の健康状況は日本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 ····· 不可 ·····					
Yes No					

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 \_\_\_\_\_  
 Physician's name: \_\_\_\_\_  
 住所 \_\_\_\_\_  
 Physician's address: \_\_\_\_\_  
 診断年月日 \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_

注：応募の日から3ヵ月前以内の診断でなければならない。  
 Note: Examination should be taken within the last 3 months before the application.