

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 : _____

<p>1. 身長 (height) _____ cm 体重 (weight) _____ kg 胸囲 (girth of chest) _____ cm</p> <p>視力 (eyesight)</p> <p>裸眼 (without spectacles) 矯正 (with spectacles) 聴力 (hearing) 色神 (color-perception)</p> <p>左 (left) / 左 (left) 正常 (normal).....<input type="checkbox"/></p> <p>右 (right) / 右 (right) 異常 (abnormal).....<input type="checkbox"/></p>	<p>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。</p> <p>History of past illness (if any, indicate it with the age of contraction.):</p> <p>結核 <input type="checkbox"/>__歳 (age) マラリア <input type="checkbox"/>__歳 (age) リューマチ <input type="checkbox"/>__歳 (age)</p> <p>tuberculosis malaria rheumatic fever</p> <p>てんかん <input type="checkbox"/>__歳 (age) 腎疾患 <input type="checkbox"/>__歳 (age) 心臓疾患 <input type="checkbox"/>__歳 (age)</p> <p>epilepsy kidney diseases cardiac diseases</p> <p>糖尿病 <input type="checkbox"/>__歳 (age) アレルギー <input type="checkbox"/>__歳 (age) その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/>__歳 (age)</p> <p>diabetes allergy other communicable diseases</p>	<p>4. エックス線検査 chest X-ray examination</p> <p>健康...<input type="checkbox"/> normal</p> <p>要観察...<input type="checkbox"/> to be rechecked</p> <p>要治療...<input type="checkbox"/> requires medical treatment</p> <p>撮影年月日 _____</p> <p>date of examination _____</p> <p>所見 _____</p> <p>(Describe the condition of applicant's lungs)</p>
<p>3. 現在、病気があればチェックしてください。</p> <p>Please note any irregularity.</p> <p>扁桃腺、鼻又は咽喉.....<input type="checkbox"/> 心臓又は血管.....<input type="checkbox"/></p> <p>tonsil, 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"/></p> <p>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"/></p> <p>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"/></p> <p>lungs or respiratory system bones, joints or locomotor system</p> <p>その他内臓器官.....<input type="checkbox"/> 皮膚.....<input type="checkbox"/></p> <p>other abdominal organs skin</p>	<p>5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。</p> <p>I diagnose that the applicant's health and physical condition is:</p> <p>優.....<input type="checkbox"/> 良.....<input type="checkbox"/> 可.....<input type="checkbox"/> 不可.....<input type="checkbox"/></p> <p>Excellent Good Fair Poor</p>	<p>7. その他特記事項</p> <p>Any other remarks</p>
<p>6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。</p> <p>Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan?</p> <p>可.....<input type="checkbox"/> 不可.....<input type="checkbox"/></p> <p>Yes No</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.

病院名 _____
 Name of Hospital : _____
 署名 _____
 Physician's signature : _____
 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.