

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) <input type="checkbox"/> 右 (right) / 右 (right) 右 (right) 異常 (abnormal) <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (age) マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳 (age) リュウマチ <input type="checkbox"/> _____ 歳 (age) tuberculosis malaria rheumatic fever 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) epilepsy kidney diseases cardiac diseases 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) 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. 扁桃腺、鼻又は咽喉 <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 <input type="checkbox"/> tonsil, nose or throat heart or blood vessels 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 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 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 その他内臓器官 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> other abdominal organs skin	3. エックス線検査 chest X-ray examination 健康 <input type="checkbox"/> normal 要観察 <input type="checkbox"/> to be rechecked 要治療 <input type="checkbox"/> requires medical treatment 撮影年月日 date of examination 所見 (Describe the condition of applicant's lungs)
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 : 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor	7. その他特記事項 Any other remarks
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 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 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 ヶ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.