

健康診断書  
Certificate of Health (to be filled out by the examining physician)

日本語または英語により明確に記載すること  
Please fill out (PRINT / TYPE) in Japanese or English.

Name:			(漢字) 氏名:	
Family	Given	Middle		
生年月日 Date of Birth:			年齢 Age:	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
Month	Day	Year		

1. 身体検査  
Physical Examinations
- (1) 身長                      体重  
Height:                      cm                      Weight:                      kg
- (2) 血圧                      脈拍数                      分                      ☐ 整 regular  
Blood pressure:                      mm/Hg ~                      mm/Hg                      Pulse rate:                      /min                      ☐ 不整 irregular
- (3) 視力                      色覚異常の有無                      ☐ 正常 regular  
Eyesight: ( R )                      ( L )                      ( R )                      ( L )                      Color blindness:                      ☐ 異常 irregular  
裸眼 without glasses                      矯正 with glasses or contact lenses
- (4) 聴力                      ☐ 正常 normal                      言語                      ☐ 正常 normal                      運動機能                      ☐ 正常 normal  
Hearing:                      ☐ 低下 impaired                      Speech:                      ☐ 異常 impaired                      Locomotive System:                      ☐ 異常 abnormal
2. 申請者の胸部について、長身とX線検査の結果を記入して下さい。X線検査日の日付も記入すること。(3ヶ月以上前の検査は無効。)  
Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant's chest, also note the exact date of X-ray (X-ray taken more than 3 months prior to the certification is NOT valid.)
- 健康    ...    ☐ Normal                      所見  
要観察 ...    ☐ To be observed                      Describe the findings of applicant's lungs:  
要治療 ...    ☐ Require treatment
- 撮影年月日  
Date of examination:                      /                      /                      /  
Month                      Day                      Year
3. 既往症のある場合は☐にチェックし、その年月日をカッコ内に記入して下さい。  
Past history: (if any, fill the date of recovery)
- |                      |                         |                                     |
|----------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| 結核<br>Tuberculosis   | マラリア<br>Malaria         | リウマチ<br>Rheumatism                  |
| 腎疾患<br>Renal Disease | 心臓疾患<br>Cardiac Disease | 糖尿病<br>Diabetes                     |
| てんかん<br>Epilepsy     | アレルギー<br>Allergy        | その他の伝染病<br>Other Infectious Disease |
4. 現在の健康状態を記入して下さい。  
I diagnose that applicant's mental and physical conditions are:
- ☐ 優 Excellent                      ☐ 良 Good                      ☐ 可 Fair                      ☐ 不可 Poor
5. 志願者の既往症、診察、検査の結果から判断して、現在の健康の状況は留学に耐えうるものと思われますか？  
In view of the applicant's history and above findings, is it your observation his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?
- ☐ 可 Yes                      ☐ 不可 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 to be accurate and complete to the best of my knowledge.

日付 Date:	署名 Signature:
Month	
Day	
Year	

医師氏名  
Physician's Name in Print:

検査施設名  
Office / Institution:

所在地  
Address: