

# 健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

COMPLETED BY DOCTOR

医師が日本語又は英語で明瞭に記載すること。Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English by a doctor.

氏名 Name: \_\_\_\_\_  
 Family name, First name Middle name  男 Male  女 Female

生年月日 Date of Birth (Day/Month/Year) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 年齢 Age \_\_\_\_

1. 予防接種記録 Immunization record  
 Please check the box and indicate the date of the shots that you have been received. If NOT, check the box "Not Vaccinated."  
 If the date is unknown, please check the box "Unknown".

Inoculation	Date (Day/Month/Year)	麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> Dose1 ( ____ / ____ / ____ ) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown
3種混合 MMR (Measles/Mumps/Rubella)	<input type="checkbox"/> Dose1 ( ____ / ____ / ____ ) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown	風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> Dose1 ( ____ / ____ / ____ ) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown
	<input type="checkbox"/> Dose2 ( ____ / ____ / ____ ) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown	おたふく Mumps	<input type="checkbox"/> Dose1 ( ____ / ____ / ____ ) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown

2. 身体検査 Physical Examination

(1) 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg (2) 血圧 \_\_\_\_\_ mm/Hg ~ \_\_\_\_\_ mm/Hg  
 Height Weight Blood pressure

3. 胸部レントゲンおよび理学的所見 Chest X-ray and physical examinations (レントゲン検査は入学から遡り1年以内とする。)  
 Please describe the results of both X-ray and physical examinations (X-rays taken within 1 year prior to enrollment are valid.)

(1) 撮影日 Date of chest X-ray. (Day/Month/Year) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Film No. ( \_\_\_\_ )



(2) 肺 Lungs:  正常 Normal  異常 Impaired  
 Describe the condition \_\_\_\_\_

心臓 Cardiomegaly:  正常 Normal  異常 Impaired  
 Describe the condition \_\_\_\_\_

4. 過去に罹患した病気にチェックを入れてください。罹患した病気がない場合には、既往症なしにチェックを入れてください。  
 Has the applicant ever suffered from any of the following? Please indicate by checking every box that applies to him/her. If NOT, check the box "no remarkable history".

- 既往症なし No remarkable history
- 結核 Tuberculosis  糖尿病 Diabetes  心臓疾患 Heart disease  喘息 Asthma
- 精神疾患 Psychosis  消化器系疾患 Digestive Tract Problem  てんかん Epilepsy
- アレルギー Allergy If yes, please specify \_\_\_\_\_
- 肝炎 Hepatitis A・B・C If yes, please specify \_\_\_\_\_

5. 現在、治療中の病気や医師から処方された薬を内服したりしていますか？  
 Is the applicant under any medical treatment or on medication at present?  Yes  No  
 「はい」と答えた場合は治療内容を、内服している場合は薬の詳細(薬品名,用量,特記事項)を記載の上、現在の状態を記載してください。  
 If yes, provide detailed information on diseases. If the applicant is on medications, provide information regarding the medications.  
 (Name, amount, remarks, others) . What is the current condition?

診断名 Diagnosis ( \_\_\_\_\_ )

6. 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(1年未満)に耐えうるものと思われますか？  
 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 (within one year) in Japan?

Yes  No If no, please specify \_\_\_\_\_

日付 Date (Day/Month/Year) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 署名 Signature: \_\_\_\_\_

医師氏名 Physician's Name in Print: \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution: \_\_\_\_\_

所在地 Address \_\_\_\_\_