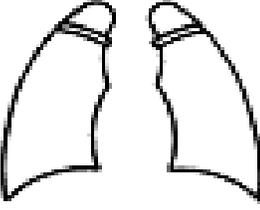


健康診断書

(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH

(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	Family name 姓		Given name 名		Middle name ミドルネーム	
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male	<input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth		年 月 日 Year Month Day	
1. 身体検査 Physical examination						
(1)身長 Height	cm		(2)体重 Weight	kg		
(3)血圧 Blood pressure	mmHg~ mmHg		(4)血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-		
(5)脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular		(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		
(6)視力 Eyesight	裸眼 Without glasses	(右) (R)	(左) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	矯正 With glasses or contact lenses	(右) (R)	(左) (L)	(9)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)						
		胸部X線所見 Describe the condition of lungs.		撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 Year Month Day	
				フィルム番号 Film No.		
				(1)肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
				(2)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
				異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph		
				<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		
3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated						
<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease						
4. 既往症 Past illness/disorder						
該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".		<input checked="" type="checkbox"/>	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	<input checked="" type="checkbox"/>	病名 Name
			結核 Tuberculosis			マラリア Malaria
			その他感染症 Other communicable disease			てんかん Epilepsy
			腎疾患 Kidney disease			心疾患 Heart disease
			糖尿病 Diabetes			薬剤アレルギー Drug allergy
		<input checked="" type="checkbox"/>	無し None			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities
5. 検査 Laboratory tests						
(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose	蛋白 protein		潜血 occult blood		
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin	貧血 Anemia
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	(IU / l)	GOT (AST)	(IU / l)	γ-GTP	(IU / l)
6. 医師の診断・意見 継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。 Physician's impression of the applicant's health Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such.						
7. 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 in Japan?						
はい Yes		<input type="checkbox"/>	いいえ No		<input type="checkbox"/>	
日付 Date	年 月 日 Year Month Day	医師署名 Physician's Signature				
検査施設名 Office/Institution				所在地 Address		