

健康診断書
CERTIFICATE OF HEALTH

外国人留学生のみ


診察担当医が明瞭に記載してください Please have it filled out clearly in Japanese or English by a physician.

Name (Full spell)	Date of birth
	/ /
Gender (Male / Female)	Age ()

1. 身体検査 Physical Examination

(1) 身長 Height: _____cm	体重 Weight _____kg
(2) 血圧 Blood pressure _____~_____mm/Hg	脈拍 <input type="checkbox"/> 整 regular <input type="checkbox"/> 不整 irregular
(3) 視力 Eyesight (R) _____ (L) _____	<input type="checkbox"/> 裸眼 without <input type="checkbox"/> 矯正 With glasses or contact lenses
(4) 聴力 Hearing <input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 低下 impaired	
(5) 言語 Speech <input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 異常 impaired	
(6) 心臓 Heart <input type="checkbox"/> 正常 normal <input type="checkbox"/> 異常 impaired →心電図 electrocardiograph()	

2. 胸部X線検査 Chest X-ray examinations (6ヶ月以内の検査のみ有効 Record within 6 months)

	撮影日 Date _____
	<input type="checkbox"/> 特記事項なし nothing particular <input type="checkbox"/> 異常あり irregular finding(s)
	所見 Describe the condition of applicant's lungs _____

3. 尿検査 Urinalysis

糖 glucose ()	たんぱく protein ()	潜血 occult blood ()
---------------	------------------	---------------------

4. 既往症 (例:入院歴、主な手術、結核罹患歴等)

Past history (e.g. hospitalization, major operation, tuberculosis disease and so on.)

<input type="checkbox"/> 無 No
<input type="checkbox"/> 有 Yes (病名・詳細 Conditions/particulars)

5. 現在治療中の病気 Under medical treatment at present

<input type="checkbox"/> 無 No
<input type="checkbox"/> 有 Yes (病名・詳細 Conditions/particulars)

6. 障がいの有無 Physical disability

<input type="checkbox"/> 無 No
<input type="checkbox"/> 有 Yes (詳細 Conditions/particulars)

7. 家族歴: 家族の中で現在または過去に結核の人がいましたら書いてください。(例: 父が1か月前より結核で加療中)

Familial history: Please describe applicant's familial history of tuberculosis, in the present or the past, (e.g. Father has been under medical treatment for tuberculosis from 1 month ago.)

8. 予防接種歴 Status of immunization

麻疹の罹患歴又は、予防接種歴の日付を記入してください。不明であれば血液検査による抗体価測定をして、その結果を記入、抗体価が不十分であれば追加予防接種をして、その実施日を記入してから提出してください。

If you have a previous history of infection or vaccination, please fill out the onset date or date of the shot. If you have no idea, measure your antibody titer with blood analysis and fill out the form attached. If the titer is insufficient, please have an additional vaccination and fill out the vaccination information.

麻疹 Measles: 罹患歴 History of onset: 日付 Date of diagnosis ()

予防接種 Date of vaccination: 接種日1回目 Date 1 ()

接種日2回目 Date 2 ()

抗体価 Serum Antibody Titer: _____(日付 date)

☐ 陽性 Positive ☐ 陰性 Negative ☐ 未確定 Inconclusive

➡ 追加接種日 Date of the additional vaccination ()

9. 志願者の健康状態について The applicant's health status is adequate to pursue studies in Japan.

☐ 留学に耐える Yes

☐ 留学に支障あり No

10. 特記すべき事項(特に支援が必要な場合は、具体的に明記してください)

Additional comments. If he/she needs special supports, please describe in detail.

日 付 Date: _____

医師署名 Physician's Signature: _____

医療施設名 Office/Institution: _____

所 在 地 Address: _____