

CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断書
(To be completed by an examining physician)

※Note: All items in the form must be completed. Incomplete form will not be accepted.

注意：必ず全ての項目を記入して下さい。未記入がある場合は受け付けられません。

※Please fill out in Japanese or English in block letters.

日本語又は英語により明瞭に記載して下さい。

Male 男
 Female 女

Name : _____ , _____ , _____
 氏名 Family name First name Middle name

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Age: _____
 生年月日 (dd / mm / yy) 年齢

1. Are you under medical treatment?

現在治療中の病気

No

Yes (Conditions / particulars : _____)

2. Medical history : Please check No / Yes and fill in the date of recovery.

既往歴

	No	Yes	dd/mm/yy		No	Yes	dd/mm/yy
Tuberculosis			/ /	Malaria			/ /
Other communicable disease			/ /	Epilepsy			/ /
Kidney disease			/ /	Heart disease			/ /
Diabetes			/ /	Drug allergy			/ /
Psychosis			/ /	Functional disorder in extremities			/ /

3. Physical examination

身体検査

(1) Height : _____ cm Weight : _____ kg
 身長 体重

(2) Blood pressure : _____ ~ _____ mmHg Pulse : regular 整
 血圧 脈拍 irregular 不整

(3) Hearing : normal 正常 Speech : normal 正常
 聴力 impaired 低下 言語 impaired 異常

(4) Anemia : No なし
 貧血 Yes あり

(5) Breath sound : normal 正常
 呼吸音 impaired 異常

(6) Heart sound : normal 正常
 心音 impaired 異常

Cardiomegaly : No なし
 心肥大 Yes あり

If 'Yes', electrocardiograph is required
 もし『あり』の場合、心電図検査をすべきである

Electrocardiograph : normal 正常
 心電図 impaired 異常

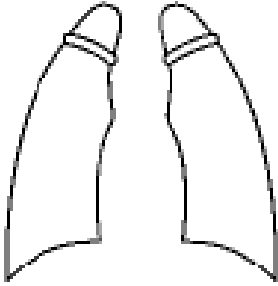
4. Please describe the result of X-ray examination of the applicant's chest.

The examination date and Film No. are exclusively needed.

(X-ray taken more than 2 months prior to this examination are NOT valid)

申請者の胸部について、X線検査の結果を記入してください。

X線検査の日付とフィルムナンバーも記入すること（2ヶ月以上前の検査は無効）



Lungs : normal 正常

肺 impaired 異常

Date _____ / _____ / _____ (dd/mm/yy)

Film No. _____

Describe the condition of the applicant's lungs.

5. Laboratory tests 検査

Urinalysis : glucose (_____), protein (_____), occult blood (_____)

検尿

ESR : _____ mm/Hr, WBC count : _____ mm³

赤沈

Hemoglobin : _____ g/dl GPT(ALT) : _____ U/L

6. In view of the applicant's medical history and the above findings, do you think that his/her health status is adequate to meet the demands of studies in Japan?

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研究に耐えうるものと思われますか？ Yes 又はNo にチェックをしてください。

Yes はい No いいえ

7. Particulars or additional comments :

特記すべき事項

Medical institution : _____

健康診断実施施設名

Address 所在地 : _____

Telephone number 電話番号 : _____

Physician's name (Print) 医師氏名 : _____

Physician's signature 医師署名 : _____

Date 日付 : _____ / _____ / _____ (dd/mm/yy)