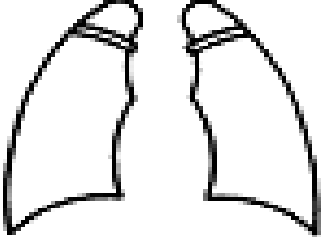


<div>健康診断書</div> <div>(医師に記入してもらうこと)</div> <div>日本語又は英語により明瞭に記載すること。</div>				<div>CERTIFICATE OF HEALTH</div> <div>(to be completed by the examining physician)</div> <div>Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.</div>			
氏名 Name		Surname 姓		Given name 名		Middle name ミドルネーム	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 yyyy	月 mm	日 dd	国籍 Nationality	

1. 身体検査 Physical examination											
(1)身長 Height		cm		(5)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-					
(2)体重 Weight		kg		(6)貧血 Anemia		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired					
(3)視力 Eyesight		裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L)		(7)脈拍 Pulse		<input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular					
		矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)		(8)血圧 Blood pressure		/ mmHg					
(4)聴力 Hearing		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		(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/Chest X-ray findings Describe the condition of lungs.		撮影年月日 Date of X-ray		年 月 日 yyyy mm dd					
				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 None <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease							
4. 既往症 Past illness/disorder		病名Name		✓	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment		病名Name	✓	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment		
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".		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				
		甲状腺疾患 Thyroid disease					その他の疾患 Other disease				
		✓ なし None		精神疾患 Psychosis					四肢機能障害 Functional disorder in the extremities		
5. 検査 Laboratory tests ※医師の判断で省略可能 It can be omitted if the doctor judges that it is unnecessary.											
(1)尿検査 Urinalysis:		糖 glucose			蛋白 protein			潜血 occult blood			
(2)血液検査 Blood test		赤血球数 RBC count	× 10 ⁴ /mm ³		白血球数 WBC count	/mm ³		血色素量 Hemoglobin	g/dl		
(3)肝機能検査 Liver function test		GPT (ALT)	(IU/l)								
6. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health											
継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。 Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.											

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? <div><input type="checkbox"/> はい YES <input type="checkbox"/> いいえ NO</div> <div>※必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。</div>	日付 Date	
	医師署名 Physician's Signature	
	検査施設名 Office/Institution	
	所在地 Address	