

健康診断書（医師記入用）

CERTIFICATE OF HEALTH (To be filled out by a healthcare provider)

氏名 / Name: _____ 生年月日 / Date of Birth : _____

<p>1a. Physical Examination</p> <p>身長 / Height _____ cm</p> <p>視力 / Eyesight</p> <p><input type="checkbox"/> 裸眼 / Without Spectacles <input type="checkbox"/> 矯正 / With Spectacles</p> <p>左 / Left : _____ 右 / Right : _____</p>	<p>1b. Physical Examination</p> <p>体重 / Weight _____ kg</p> <p>聴力 / Hearing 左 / Left _____ 右 / Right _____</p> <p>色覚 / Color-perception</p> <p><input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal <input type="checkbox"/> 正常 / Normal</p>
<p>2. 既往歴について、チェックして下さい History of special medical conditions, allergies, or physical disabilities.</p> <p><input type="checkbox"/> なし / No <input type="checkbox"/> あり / Yes</p> <p>→ <input type="checkbox"/> 持病 / Medical Conditions <input type="checkbox"/> 身体障がい / Physical Disabilities</p> <p><input type="checkbox"/> 精神疾患 / Mental illnesses (eg. ADHD, うつ / Depression, 自閉症 / Autism, 知的障がい / Other Intellectual Disabilities, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> アレルギー / Allergies (eg. ペット / Pets, 薬 / Medication, 虫さされ / Stinging Insects, ハウスダスト / House Dust, etc.)</p> <p>詳細 Please describe: _____</p>	
<p>3. 現在、病気があればチェックして下さい。 Please check the box if there is any irregularity.</p> <p><input type="checkbox"/> 扁桃腺、鼻又は咽喉 / Tonsils, Nose or Throat</p> <p><input type="checkbox"/> 心臓又は血管 / Heart or Blood Vessels</p> <p><input type="checkbox"/> 胃又は消化器官 / Stomach or Digestive System</p> <p><input type="checkbox"/> 泌尿生殖器 / Genito- Urinary System</p> <p><input type="checkbox"/> 脳又は神経組織 / Brain or Nervous System</p> <p><input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 / Blood or Endocrine System</p> <p><input type="checkbox"/> 肺又は呼吸器官 / Lungs or Respiratory System</p> <p><input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官 / Bones, Joints or Locomotor System</p> <p><input type="checkbox"/> その他内臓器官 / Other Abdominal Organs</p> <p><input type="checkbox"/> 皮膚 / Skin</p> <p>詳細 Comments: _____</p>	<p>4. 結核 / Tuberculosis Examination</p> <p><input type="checkbox"/> 正常 / Normal</p> <p><input type="checkbox"/> 再検査必要 / To be rechecked</p> <p><input type="checkbox"/> 治療が必要 / Requires treatment (特記事項 / Further Remarks)</p> <p>※レントゲン検査の報告書を添付してください。レントゲン検査をしていない学生は、ツベルクリン検査の結果を添付してください。 *A copy of the chest X-ray report or lab report for Tuberculin Skin Test (Mantoux) must be attached.</p>
<p>5. その他特記事項 / Any other remarks</p> <p>_____</p>	

診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。I diagnose that the applicant's health and physical conditions is: 優 / Excellent 良 / Good 可 / Fair 不可 / Poor

本人の健康状況は日本留学に支障がない。

Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan?

はい / Yes いいえ / No

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。 / I hereby certify the above diagnosis.

署名 / Physician's signature: _____

機関名 / Physician's name: _____

住所 / Physician's address: _____

診断年月日 / Date: _____