

健康診断書 (医師が記入のこと)

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by a medical practitioner)

氏名 _____ 男 Male 生年月日 _____
 Name: _____ 女 Female Date of Birth: _____
 現住所 _____
 Address: _____

<p>1. 身長 (height) cm 体重 (weight) kg 視力 (eyesight) 聴力 (hearing) 色覚 (color-perception) 裸眼 (without spectacles) 矯正 (with spectacles) 左 (left) 正常 (normal) <input type="checkbox"/> 左 (left) / 右 (right) 右 (right) 異常 (abnormal) <input type="checkbox"/> 右 (right) /</p>	
<p>2. 既往症について、ある場合はチェックし、その罹患時の年齢を記入して下さい。 History of past illness (if any, indicate it with your age of contraction.): 結核 <input type="checkbox"/> ____歳 (age) マラリア <input type="checkbox"/> ____歳 (age) リューマチ <input type="checkbox"/> ____歳 (age) tuberculosis malaria rheumatic fever てんかん <input type="checkbox"/> ____歳 (age) 腎疾患 <input type="checkbox"/> ____歳 (age) 心臓疾患 <input type="checkbox"/> ____歳 (age) epilepsy kidney diseases cardiac diseases 糖尿病 <input type="checkbox"/> ____歳 (age) はしか <input type="checkbox"/> ____歳 (age) その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> ____歳 (age) diabetes measles other communicable diseases アレルギー <input type="checkbox"/> ____歳 (age) allergy Further Details <input style="width:50%; height: 20px;" type="text"/></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. 扁桃腺、鼻又は咽喉 ... <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 <input type="checkbox"/> tonsils, nose or throat heart or blood vessels 胃又は消化器官 <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器 <input type="checkbox"/> stomach or digestive system genito-urinary system 脳又は神経組織 <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 <input type="checkbox"/> brain or nervous system blood or endocrine system 肺又は呼吸器官 <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官 ... <input type="checkbox"/> lungs or respiratory system bones, joints or locomotor system その他内臓器官 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> other abdominal organs skin</p> <p>Comments <input style="width:50%; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>4. エックス線検査 Chest X-ray examination 健康 ... <input type="checkbox"/> normal 要観察 ... <input type="checkbox"/> to be rechecked 要医療 ... <input type="checkbox"/> requires medical treatment 撮影年月日 _____ date of examination 所見 _____ (Further Remarks)</p>
<p>5. 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 ... <input type="checkbox"/> 良 ... <input type="checkbox"/> 可 ... <input type="checkbox"/> 不可 ... <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor 6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。 Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan? 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> Yes No</p>	<p>7. その他特記事項 Any other remarks</p>

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: _____
 氏名
 Physician's name: _____
 住所
 Physician's address: _____

診断年月日
 Date: _____