

# 健康診断書 (医師が記入のこと)

FORM 2

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: \_\_\_\_\_

**Please write clearly.**

<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) 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: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>
<p>3. 現在、病気があればチェックして下さい。  <b>Please check the box if there is any irregularity.</b>                  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: 100%; 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: \_\_\_\_\_