健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English. [* required fields] [*は必須項目]

*氏名
*Name: _____ , _____ *生年月日 *Date of Birth: ＿／＿／＿ □男Male □女Female
Family name First name, Middle name

Applicant
健康診断の前に下記の質問に答えてください。
Please provide answers to these questions before seeing a physician.

1. *直近の過去5年間に以下の病気あるいは大きな病気にかかったことがあれば記入してください。
*Please tick if you have had disease(s)/infection(s) in the recent five years.

□ぜんそくAsthma □結核Tuberculosis □マラリア Malaria □てんかん Epilepsy □糖尿病 Diabetes
□心臓病 Heart Disease □腎臓病 Kidney Disease □肝臓病 Liver Disease □精神疾患 Psychiatric diseases
□はしかMeasles □その他 Other（ ）

2. *薬、食べ物、動物、その他でアレルギーがありますか。 はい いいえ
*Do you have any allergies to drugs, foods, animals, and other? Yes ／ No
具体的に記入してください。If yes, please specify.
( )

3. *現在、何かの病気で薬を常用していますか。*Are you taking any medication now? はい いいえ
Yes ／ No
病名Disease 服用薬 Medication
( ) ( )

4. *日本脳炎のワクチンを最低2度接種済ですか？ *Have you received JE vaccine at least twice? はい いいえ
(JE: Japan Encephalitis virus, mosquito borne flavivirus that cause brain inflammation)
渡航前の接種をお勧めします。We encourage you to receive it twice in the travel clinic. Yes ／ No

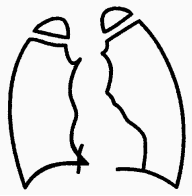
Physician

1. 身体検査 Physical Examination

*身 長 *体 重
*Height _____ cm *Weight _____ kg
*血 圧
*Blood Pressure _____ mm/Hg ～ _____ mm/Hg
視 力
Eyesight (R)_____ (L)_____ (R)_____ (L)_____ 色覚異常の有無 □正常normal
裸眼without glasses 矯正 with glasses or contact lenses color sights □色覚異常 color blind

聴 力 □正常 normal
Hearing □低下 impaired

2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること（6ヶ月以上前の検査は無効）
Chest auscultation and X-ray results. (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).



□正常 normal *心臓 □正常 normal
*Lung □異常 abnormal *Heart □異常 abnormal

_____
itute
If impaired, describe in details.
_____

心電図
Electrocardiograph
□正常 normal
□異常 abnormal

3. 検

*検 尿 *Urin analysis
□正常 normal
□異常 things to note ( )

*血液検査 *Blood test
□正常 normal
□異常 things to note ( )

4. 申請者の健康状態について特記すべきことがあれば記載してください。
Please describe the overall impression on the applicant's health condition.

5. *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 health history and the above data, do you think he/she is fit to pursue study in Japan?

はい いいえ
YES / NO

*日付 *署名
*Date:_____ *Signature_____

*医師氏名
*Physician's name in print: _____
*検査施設名
*Office／Institution
*所在地
*Address _____