Review the sample and fill out all the fields.
Certificate with blank will NOT be accepted.

健康診断書

（医師に記入してもらうこと）
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH

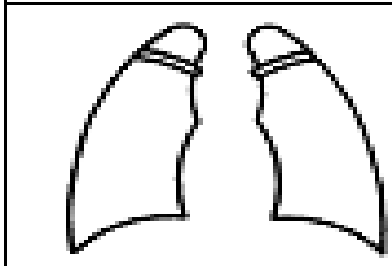
(to be completed by the examining physician)
Please fill out the form either typing or writing in block letters in Japanese or English.

氏名 Name	Surname 姓	Given name 名	Middle name ミドルネーム
性別 Gender	☐ 男 Male ☐ 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 yyyy mm dd

1．身体検査 Physical examination

(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)血圧 Blood pressure	mmHg～ mmHg	(4)血液型 Blood type	☐A ☐B ☐AB ☐O ☐RH＋ ☐RH－
(5)脈拍 Pulse	☐ 整 Regular ☐ 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
(6) 視力 Eyesight 裸眼 Without glasses	(右) (R) (左) (L)	(8)聴力 Hearing	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
(6) 視力 Eyesight 矯正 With glasses or contact lenses	(右) (R) (左) (L)	(9)言語 Speech	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired

2．胸部聴診及びX線検査 （6か月以内） Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)



胸部X線所見 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	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
		(2)心臓 Cardiomegaly	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
		異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired

3．現在治療中の病気 Disease currently being treated

☐ 無 No ☐ 有 Yes ： 病名 Disease

4．既往症 Past illness/disorder

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”.

☐ ✓ 無し None

✓	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
☐	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	
☐	精神疾患 Psychosis		☐	四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

5．検 査 Laboratory tests

(1) 尿検査 Urinalysis:	糖 glucose		蛋白 protein		潜血 occult blood		
(2) 貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin	gm/dl	貧血 Anemia
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	(IU/Ⅰ)	GOT (AST)	(IU/Ⅰ)	γ-GTP	(IU/Ⅰ)	

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．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? 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充分に留学に耐えうるものと思われますか？

☐ **YES （はい）** ☐ **NO （いいえ）**

※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the application will NOT be accepted.
必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、申請を受理しません。

日付 Date	
医師署名 Physician's Signature	
検査施設名 Office/Institution	
所在地 Address	