

SAMPLE

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。

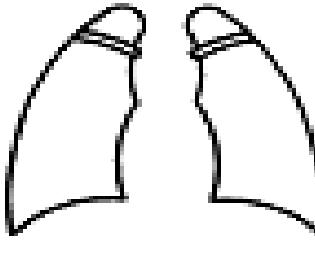
CERTIFICATE OF HEALTH

(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	Gaidai Surname 姓		Hanako Given name 名		Middle name ミドルネーム	
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female		生年月日 Date of Birth		20XX 年 X 月 X 日 yyyy mm dd	

1. 身体検査 Physical examination		For "XX", please provide numerical answers. Answers other than numerical values, such as "N/A" or "Normal", will not be accepted.				
(1) 身長 Height		XXX cm	Weight Weight	XXX kg		
(3) 血圧 Blood pressure		XXX mmHg ~ XXX mmHg	(4) 血液型 Blood type	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input checked="" type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-		
(5) 脈拍 Pulse		<input checked="" type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7) 色覚異常の有無 Color blindness	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 异常 Impaired		
(6) 視力 Eyesight		裸眼 (右) Without glasses (R) XX (左) (L) XX 矯正 (右) (左) (L) With glasses or contact lenses (R)	(8) 聴力 Hearing	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 异常 Impaired		
(9) 言語 Speech				<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 异常 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	20XX 年 XX 月 XX 日 yyyy mm dd	Please be sure to be tested after September 2025.	
		normal	フィルム番号 Film No.	1234567890		
			(1) 肺 Lungs	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 异常 Impaired		
			(2) 心臓 Cardiomegaly	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 异常 Impaired		
			異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 异常 Impaired		

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated		<input checked="" type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease				
--	--	--	--	--	--	--

4. 既往症 Past illness/disorder		✓	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
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。			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	negative	蛋白 protein	negative	潜血 occult blood	negative	←	
(2) 貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	XX mm/Hr	白血球数 WBC count	XX /cmm	血色素量 Hemoglobin	XX gm/dl	貧血 Anemia	negative
(3) 肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	XX (IU/l)	GOT (AST)	XX (IU/l)	γ-GTP	XX (IU/l)		

6. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health		No need for regular medication or treatment.					
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?		日付 Date	20XX/XX/XX	Please be sure to be issued after September 2025.		
<input checked="" type="checkbox"/> YES (はい) <input type="checkbox"/> NO (いいえ)		医師署名 Physician's Signature				
		検査施設名 Office/Institution				
						

※Please be sure to check either
 check "YES", the application
 必ず「はい」又は「いいえ」にチェックして
 受理しません。

Please be sure to be checked in "YES".
 If it is checked in "NO", TUFS does not
 accept the application.

也
ss