健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

この様式を使用し日本語又は英語により明瞭に記載すること。

Please use this format and fill out (PRINT) in Japanese or English.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名  Name:　　　　　　　　　　　　　　　　,  　　　　Family name, 　　　　　　　　　First name　　　　　 Middle name | □男 Male  □女 Female | 生年月日  Date of Birth: |

１．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（３ヶ月以上前の検査は無効｡)

Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest X-rays (X-rays taken more than

three months prior to the certification are NOT valid).



　□正常 Normal

　□異常 Abnormal (Description: )

Date：

Film No.：

|  |  |
| --- | --- |
| ２．現在治療中の病気  Disease currently being treated | □Yes (Disease )  □No |

３．既往歴と予防接種

　　Past history and vaccinations

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Measles and rubella | 麻しん Measles | 風しん Rubella／German Measles |
| 既往  Past history | □Yes 　 □No □不明Unknown  ( . . ) | □Yes 　 □No □不明Unknown  ( . . ) |
| 予防接種（２回以上）  Vaccination (more than twice) | □Yes 　 □No 　 □不明Unknown  ( . . )( . . ) | □Yes 　 □No 　 □不明Unknown  ( . . )( . . ) |
| Noまたは不明の場合は、志願者は任意の予防接種を受けるべきです。  If No or Unknown, the applicant is recommended to be vaccinated. | | |

　　その他の既往歴

If there is a past history, please check and fill in the date of recovery.

　　Tuberculosis......□( . . ) Epilepsy......□( . . ) Food allergy......□( . . )

４．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？

　In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her mental and physical health status

is adequate to pursue studies in Japan?

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: