

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 生年月日 Date of Birth: \_\_\_\_\_  
女 Female

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 Yes (Disease \_\_\_\_\_)  
Disease currently being treated No

3. 既往歴と予防接種  
Past history and vaccinations

Measles and rubella	麻疹 Measles	風しん Rubella/German Measles
既往? Past history?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 不明 Unknown ( . . )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 不明 Unknown ( . . )
予防接種 (2回以上)? Vaccination (more than twice)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 不明 Unknown ( . . )( . . )	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 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 Date: \_\_\_\_\_ 署名 Signature: \_\_\_\_\_

医師氏名 Physician's Name in Print : \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution: \_\_\_\_\_  
所在地 Address: \_\_\_\_\_