

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Name

Family First Middle

☐ 男 Male ☐ 女 Female

生年月日 Date of Birth (Date/Month/Year) / /

1. 身体検査 Physical Examination

(1) 身長 Height cm 体重 Weight kg (2) 血圧 Blood pressure mm/Hg ~ mm/Hg

2. 予防接種記録 Immunization record

3種混合 MMR (Measles/Mumps/Rubella)	<input type="checkbox"/> Dose1 (dd / mm / yy) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Dose2 (dd / mm / yy) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown
麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> Dose1 (dd / mm / yy) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Dose2 (dd / mm / yy) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown
風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> Dose1 (dd / mm / yy) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown	<input type="checkbox"/> Dose2 (dd / mm / yy) <input type="checkbox"/> Not Vaccinated <input type="checkbox"/> Unknown

3. 胸部レントゲン * 検査は来日予定日から遡り1年以内とする (X-rays should be taken within 1 year prior to arrival to Japan.)

(1) 撮影日 Date of chest X-ray. (Date/Month/Year) / /



☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired

Describe the condition

4. 過去に罹患した病気をチェックしてください。罹患した病気がない場合には、既往症なしにチェックを選択してください。 Has the applicant ever suffered from any of the followings? Please indicate by checking every box that applies to him/her. If he/she does not have any history, check the box "no remarkable history".

- ☐ 結核 Tuberculosis ☐ 糖尿病 Diabetes ☐ 心臓疾患 Heart disease ☐ 喘息 Asthma
☐ 精神疾患 Psychosis ☐ 消化器系疾患 Digestive Tract Problem ☐ てんかん Epilepsy
☐ 腎疾患 Kidney Disease ☐ 肝炎 Hepatitis A・B・C If yes, please specify
☐ アレルギー Allergy If yes, please specify
☐ その他 Others
☐ 既往症なし No remarkable history

4. 志願者の健康状態は日本留学（1年未満）に支障がないですか。

Do you think the applicant's condition is good enough for him /her to study in Japan for up to 1 year?

☐ Yes ☐ No If no, please specify

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 I hereby certify the above diagnosis.

医師氏名
Physician's Name in Print:

検査施設名
Office/Institution:

所在地
Address:

日付
Date (Year/Month/Day) : / /

署名
Signature: