

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 (Day/Month/Year) : _____ / _____ / _____

署名
Signature: _____