

# 健康診断書 (2023年度版)

(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 (for 2023)

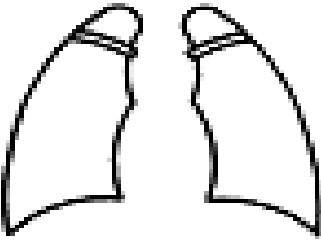
(to be completed by the examining physician)  
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

|              |  |                       |                     |
|--------------|--|-----------------------|---------------------|
| 氏名<br>Name   | Surname 姓  | Given name 名          | Middle name ミドルネーム  |
| 性別<br>Gender | <input type="checkbox"/> 男 Male<br><input type="checkbox"/> 女 Female | 生年月日<br>Date of Birth | 年 月 日<br>yyyy mm dd |

## 1. 身体検査 Physical examination

|                         |   |                               |  |
|-------------------------|---|-------------------------------|--|
| (1)身長<br>Height         | cm  | (2)体重<br>Weight               | kg   |
| (3)血圧<br>Blood pressure | mmHg~ mmHg  | (4)血液型<br>Blood type          | <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- |
| (5)脈拍<br>Pulse          | <input type="checkbox"/> 整 Regular<br><input type="checkbox"/> 不整 Irregular | (7)色覚異常の有無<br>Color blindness | <input type="checkbox"/> 正常 Normal<br><input type="checkbox"/> 異常 Impaired   |
| (6)視力 Eyesight          | 裸眼 (右) (左)<br>Without glasses (R) (L)                                       | (8)聴力<br>Hearing              | <input type="checkbox"/> 正常 Normal<br><input type="checkbox"/> 異常 Impaired   |
|                         | 矯正 (右) (左)<br>With glasses or contact lenses (R) (L)                        | (9)言語<br>Speech               | <input type="checkbox"/> 正常 Normal<br><input type="checkbox"/> 異常 Impaired   |

## 2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)

|  |   |  |                     |
|--|---|--|---------------------|
|  | 胸部X線所見<br>Describe the condition of lungs.    | 撮影年月日<br>Date of X-ray   | 年 月 日<br>yyyy mm dd |
|  |   | フィルム番号<br>Film No.   |                     |
|  | (1)肺<br>Lungs                                 | <input type="checkbox"/> 正常 Normal<br><input type="checkbox"/> 異常 Impaired |                     |
|  | (2)心臓<br>Cardiomegaly                         | <input type="checkbox"/> 正常 Normal<br><input type="checkbox"/> 異常 Impaired |                     |
|  | 異常がある場合⇒心電図<br>If impaired⇒Electrocardiograph | <input type="checkbox"/> 正常 Normal<br><input type="checkbox"/> 異常 Impaired |                     |

## 3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated

無 No  有 Yes : 病名 Disease

| 4. 既往症<br>Past illness/disorder  | ✓          | 病名Name                               | 完治時期/治療中<br>Date of recovery /under treatment | ✓ | 病名Name   | 完治時期/治療中<br>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。<br>Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None". |            | 結核<br>Tuberculosis                   |   |   | マラリア<br>Malaria                                  |   |
|  |            | その他感染症<br>Other communicable disease |   |   | てんかん<br>Epilepsy                                 |   |
|  |            | 腎疾患<br>Kidney disease                |   |   | 心疾患<br>Heart disease                             |   |
|  |            | 糖尿病<br>Diabetes                      |   |   | 薬剤アレルギー<br>Drug allergy                          |   |
| ✓  | 無し<br>None | 精神疾患<br>Psychosis                    |   |   | 四肢機能障害<br>Functional disorder in the extremities |   |

## 5. 検査 Laboratory tests

|                        |              |                   |                    |
|------------------------|--------------|-------------------|--------------------|
| (1)尿検査<br>Urinalysis:  | 糖<br>glucose | 蛋白<br>protein     | 潜血<br>occult blood |
| (2)貧血検査<br>Anemia test | 赤沈<br>ESR    | 白血球数<br>WBC count | 血色素量<br>Hemoglobin |
| (3)肝機能検査<br>LFT        | GPT<br>(ALT) | GOT<br>(AST)      | 貧血<br>Anemia       |
|                        | (IU / l)     | (IU / l)          | γ-GTP (IU / l)     |

## 6. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health

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.

|  |                               |
|--|-------------------------------|
| <b>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?</b> 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？<br><input type="checkbox"/> <b>YES</b> (はい) <input type="checkbox"/> <b>NO</b> (いいえ)<br>※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application.<br>必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、大使館は申請を受理しません。 | 日付<br>Date                    |
|  | 医師署名<br>Physician's Signature |
|  | 検査施設名<br>Office/Institution   |
|  | 所在地<br>Address                |