

健康診断書
CERTIFICATE OF HEALTH

for the as an International Student to use of applicants for admission

To be completed by the applicant:

氏名
Name in full _____
Family First Middle
生年月日
Date of birth _____ 性別 男 女
(date) (month) (year) Sex Male Female
現住所
Present address _____

To be completed by the examining physician:

身長
Height _____ cm 体重
Weight _____ kg 血圧
Blood pressure _____ / _____ mmHg
視力 (左) (右) 矯正視力 (左) (右) 聴力 正常
Vision without glasses (L) (R) With glasses (L) (R) Hearing normal
 低下
impaired

既往症：既往症がある場合は□にチェックをしてください。

History of past illness: Please indicate by , if any.

結核 Tuberculosis 気管支喘息 Bronchial asthma 心臓病 Cardiac disease
腎疾患 Kidney disease 小児まひ Infantile paralysis てんかん Epilepsy
神経症 Nervous disease 精神病 Mental disease 色覚異常 Color blindness
その他 Any other disease ()

上記の中でチェックをしたものがあれば、現状を詳しく記してください。

If you marked any of the above, please describe present health circumstances in detail.

胸部X線所見・撮影日 撮影日 年 月 日
Chest X-ray Date Y M D

Please comment, on condition of applicant's lungs, giving

その他の診断事項

Please describe in detail if you have found any disease, acute or chronic, or any physical handicap.

所見：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 health status is adequate to pursue intended study in Japan?

yes no

医師の署名
Signature of physician _____

医師名
Name of physician _____

診療機関名
Name of the clinic _____

住所
Address _____

診察日
Date of examination _____ 年 _____ 月 _____ 日
(year) (month) (day)