



健康診断書

HEALTH CERTIFICATE

氏名： _____ 男 女 生年月日 _____ / _____ / _____ 年齢 _____ 歳

Name in full 姓(Family) 名(First) (Middle) Male Female Date of Birth : Year Month Day Age

現住所： _____ 国籍： _____

Present address Nationality

以下は、医師により日本語または英語で記入されること。(にチェック(☑)、または必要事項を記入)

The following must be completed by the examining physician either in Japanese or English. Check appropriate boxes☑ or give necessary information.

1. 身体検査 Physical Examinations

身長 Height: _____ cm 体重 Weight: _____ kg 脈拍 Pulse regular irregular 血圧 Blood Pressure: _____ - _____ mmHg

2. 胸部 X 線検査の結果を記入して下さい (6 ヶ月以上前の検査は無効)。

Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant's chest X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid.

撮影年月日 Date of Examination (Year/Month/Day) : _____ / _____ / _____ Film No. _____

所見 Describe the findings of chest X-ray: _____

3. 心身の疾病・障害、または四肢の機能障害 Mental or Physical Diseases or Disorders : 無 No 有 Yes

詳細 If yes, describe in detail. _____

4. アレルギーの有無 Allergy : 無 No 有 Yes (Food _____ Drug _____ Others _____)

5. 現在治療中の病気 Diseases under Treatment at Present : 無 No 有 Yes

If yes, describe in detail. Name of the Disease _____

6. 既往歴 Past Diseases not mentioned above : 無 No 有 Yes

If yes, describe in detail. Name of the Disease _____

7. 尿検査 Urinalysis : 蛋白質 Protein (_____), ブドウ糖 Glucose (_____), 潜血 Occult blood (_____)

就学上の問題点、校医への申し送り事項 Problems in attendance at school and a message to a medical doctor for Reitaku Univ. _____

申請者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は日本留学に充分耐えうるものと思えますか？

In view of the applicant's history and above findings, do you observe his/her health status to be adequate to pursue studies in Japan?

Yes No

診断の結果、上記の通りに間違いのないことを証明する。I hereby certify the above diagnosis.

診断年月日 _____ / _____ / _____

Date of Examination Year Month Day

医師氏名 _____

Physician's Name in Print

署名 _____

Signature

検査施設名

Name of the Clinic of Medical Office

所在地 Address