## 健康診断書

## CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

	語又は英語により明瞭に記載すること。 be fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.		
氏名 Name	e: ,	□男 Male □女 Female	生年月日 Date of Birth:
	Family name, First name Middle name		
	身体検査 Physical Examination		
(1)	身 長 体 重 Heightcm Weightkg		_
	血 压 Blood pressuremm/Hg Blood Type	ABO RH	+   脈拍 □整 Regular Pulse □不整 Irregular 
(3)	視 力 Eyesight: (R) (L) (R) (L) (R) (L) 痛正 With glasses or contact lenses		無 □正常 Normal s □異常 Impaired
(4)	聴力  □正常 Normal 言語  □正常 Normal Hearing:  □低下 Impaired Speech:  □異常 Impaired		
	申請者の胸部について,聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日代 Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's to the certification are NOT valid).		
	肺 □正常 Normal 心臟 □正常 No Lungs: □異常 Impaired Cardiomegaly: □異常 Im	paired	
	→ Date 異常がある Film No. A電	る場合 🏻	liograph :□正常 Normal □異常 Impaired
	Describe the condition of applicant's lungs.		DSCIII Impanou
	現在治療中の病気 □Yes (D <u>isease</u> Disease currently being treated □No	)	
Ī	既往症 Past history: Please indicate with + or — and fill in the date of recovery (If the applicant has not contracted any of the disease, please chech "None".) (いずれも該当しない場合は、なしにチェックすること。)		
I I	Tuberculosis	$\exists (\ldots)$	)
N	None		
5. 柞	検 査 Laboratory tests 検 尿 Urinalysis: glucose ( ), protein ( ), occult blood ( )		
ā	赤沈 ESR:		
I	Hemoglobin:gm/dl, GPT:		
6. F	診断医の印象を述べて下さい。(問題がない場合も、その旨ご記入ください。) Please give your impression of the applicant's health. (If you do not have a parti	icular opinion, p	lease write as such.)
	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充分に留学に In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that l		
	Yes □ No □		
I	日付 署名 Date: Signature:		
	医 師 氏 名 Physician's Name in Print_:		
	検査施設名 Office/Institution: 所在地		
	Address:		