※医師が必ず全てを記入すること（to be filled out by physician）

健　康　診　断　書
CERTIFICATE OF HEALTH

氏名 Name in full	□男 Male □女 Female	生年月日 Date of birth	国籍 Nationality

現住所
Address

1．身長（Height）　　cm　　体重（Weight）　　kg

視力（Eyesight）

	裸眼（Without glasses）／矯正（With glasses）	聴力（Hearing）	色神（Color-blindness）
右（Right）	／	右（Right）	正常（Normal）……□
左（Left）	／	左（Left）	異常（Abnormal）…□

2．既往症について、ある場合は□にチェックし、その罹患時の年令を記入してください。
History of past illness（if any, indicate it with your age of contraction.）

結　　核 □____歳（Age） Tuberculosis	マラリア □____歳（Age） Malaria	リウマチ □____歳（Age） Rheumatic fever
てんかん □____歳（Age） Epilepsy	腎 疾 患 □____歳（Age） Kidney diseases	心 臓 疾 患 □____歳（Age） Cardiac diseases
糖 尿 病 □____歳（Age） Diabetes	アレルギー □____歳（Age） Allergy	その他の伝染病疾患□____歳（Age） Other communicable diseases

3．現在、病気があればチェックしてください。
Present condition（if any, please indicate.）

扁桃腺、鼻又は咽喉…… □ Tonsils, Nose or Throat	心臓又は血管…… □ Heart or Blood Vessels
胃又は消化器官…… □ Stomach or Digestive System	泌尿生殖器…… □ Genito-Urinary System
脳又は神経組織…… □ Brain or Nervous System	血液又は内分泌器官…… □ Blood or Endocrine System
肺又は呼吸器官…… □ Lungs or Respiratory System	骨、関節又は運動器官…… □ Bones, Joints or Locomotor
その他内臓器官…… □ Other Abdominal Organs	皮膚…… □ Skin

4．エックス線検査
Chest X-Ray examination
健　康…□ Normal
要観察…□ to be re-checked
要医療…□ Require medical treatment

撮影年月日
Date of examination

所見
（Describe the condition of applicant's lungs）

5．診断の結果、本人の健康状態は次の通りである。
I diagnose that the applicant's health and physical conditions are

優……□	良……□	可……□	不可……□
Excellent	Good	Fair	Poor

6．本人の健康状態は日本留学に支障がないかどうか。
Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan?

可……□	不可……□
Yes	No

7．その他特記事項
Any other remarks

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。
I hereby certify the above diagnosis.

受診年月日
Date＿＿＿＿＿＿＿＿

病院名
The name of the hospital

住　所
Physician's address＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号
Phone number＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名
Physician's name＿＿＿＿＿＿＿＿　印

署　名
Physician's signature＿＿＿＿＿＿＿＿

※必ずペンまたはボールペン（黒、またはブルーブラック色のインク）で記入してください。（消すことができる筆記用具での記入は不可。）
※A４サイズに印刷してください。