

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

氏名

Name

生年月日

Date of birth

国籍

Nationality

現住所

Address

1. 身長 Height	cm,	体重 Weight	kg,	胸囲 Bust measurement	cm
視力 Eyesight					
裸眼 Without glasses		左 Left		右 Right	
矯正 With glasses or contact lenses		左 Left		右 Right	
聴力 Hearing		左 Left : 正常 Normal <input type="checkbox"/>	異常 Abnormal <input type="checkbox"/>	右 Right : 正常 Normal <input type="checkbox"/>	異常 Abnormal <input type="checkbox"/>
2. 既往症について、ある場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> し、その罹患時の年齢を記入してください。 History of past illnesses : (if any, indicate with age when contracted.)					
結核 <input type="checkbox"/>	歳 Age	マラリア <input type="checkbox"/>	歳 Age	リウマチ <input type="checkbox"/>	歳 Age
Tuberculosis		Malaria		Rheumatic fever	
てんかん <input type="checkbox"/>	歳 Age	腎臓疾患 <input type="checkbox"/>	歳 Age	心臓疾患 <input type="checkbox"/>	歳 Age
Epilepsy		Kidney disease		Cardiac disease	
糖尿病 <input type="checkbox"/>	歳 Age	アレルギー <input type="checkbox"/>	歳 Age	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/>	歳 Age
Diabetes		Allergy		Other communicable diseases	
3. 現在、病気があればチェックしてください。 Present condition of health : (Please tick any problem.)			4. エックス線検査 Chest X-ray examination		
扁桃腺、鼻又は咽喉 <input type="checkbox"/>			健康 <input type="checkbox"/>		
Tonsils, Nose or Throat			Normal		
胃又は消化器官 <input type="checkbox"/>			要観察 <input type="checkbox"/>		
Stomach or Digestive System			To be re-checked		
脳又は神経組織 <input type="checkbox"/>			要医察 <input type="checkbox"/>		
Brain or Nervous System			Requires medical treatment		
肺又は呼吸器官 <input type="checkbox"/>			撮影年月日 _____		
Lungs or Respiratory System			Date of examination		
その他内臓器官 <input type="checkbox"/>			所見		
Other Abdominal Organs			Describe the condition of the applicant's lungs		
5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical condition is:					
優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>					
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 her to study in Japan?					
可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/>					
Yes No			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 is true and correct

診断者 署名

Physician's signature

診断者 氏名

Physician's name(Please print)

診断機関 住所

Institution and address

診断年月日

Date :