

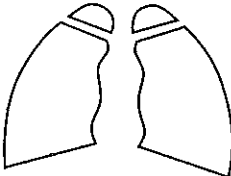
健康診断書

Health Report

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

志願者氏名 _____ 男 Male 生年月日 _____ 国籍 _____
Name in full _____ 女 Female Date of birth _____ Nationality _____

現住所 Address _____

1. 身長 (Height) _____ cm 体重 (Weight) _____ kg 胸囲 (Girth of chest) _____ cm 視力 (Eyesight) 裸眼 (Without glasses) / 矯正 (With glasses) 左 (Left) / 右 (Right) 聴力 (Hearing) 左 (Left) / 右 (Right) 色盲 (Color-blindness) 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し、その罹患時の年齢を記入して下さい。 History of past illness : (if any, indicate it with the age of contraction.)		
結核 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Tuberculosis	マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Malaria	リウマチ <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Rheumatic fever
てんかん <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Epilepsy	腎疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Kidney diseases	心臓疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Cardiac diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Diabetes	アレルギー <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Allergy	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age) Other communicable diseases
3. エックス線検査 Chest X-ray examination 健康 ----- <input type="checkbox"/> Nomal 要観察 ----- <input type="checkbox"/> to be re-checked 要医療 ----- <input type="checkbox"/> Require medical treatment		 撮影年月日 _____ 所見 _____ Date of examination (Describe the condition of applicant's lungs)
4. 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 conditions are : 優 ----- <input type="checkbox"/> 良 ----- <input type="checkbox"/> 可 ----- <input type="checkbox"/> 不可 ----- <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor		6. その他特記事項 Any other remarks :
5. 本人の健康状況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 ----- <input type="checkbox"/> 不可 ----- <input type="checkbox"/> Yes No		

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.

診断年月日 _____
Date :

医師の署名
Doctor signature : _____

病院名
Name of the hospital : _____ (病院印)

住所
Address : _____