健康診断書CERTIFICATE OF HEALTH 　COMPLETED BY DOCTOR

医師が日本語又は英語で明瞭に記載すること。Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English by a doctor.

氏名 Name:

 　　　　　　　　　　　　　　, 　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　 　 □男 Male 　□女 Female

　　　　 　Family name, 　　　　　　　　　　　First name　　　　　 　 Middle name

生年月日 Date of Birth（Day/Month/Year）　 / / 　　年齢 Age

1. 予防接種記録　Immunization record

Pleases check the box and indicate the date of the shots that you have been received. If NOT, check the box“Not Vaccinated.”

If the date is unknown, please check the box“Unknown”.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Inoculation** |  **Date（Day/Month/Year）** | 麻疹　　Measles　 | □Dose1（　　 / 　 / 　　 ）□Not Vaccinated□Unknown  |
| 3種混合MMR (Measles/Mumps/Rubella) | □Dose1（　　 / 　 / 　　 ） □Not Vaccinated□Unknown | 風疹　　Rubella | □Dose1（　　 / 　 / 　　 ）□Not Vaccinated□Unknown |
| □Dose2（　　 / 　 / 　　 ）□Not Vaccinated□Unknown | おたふくMumps  | □Dose1（　　 / 　 / 　　 ）□Not Vaccinated□Unknown  |

1. 身体検査 Physical Examination

　(1) 身　長　　　　　　　　　 体　重 (2) 血　圧

　　　 Height　　　　　 cm 　 Weight　　　　　 kg Blood pressure 　　　　　　 mm/Hg ～ 　　　　 mm/Hg

1. 胸部レントゲンおよび理学的所見　Chest X-ray and physical examinations （レントゲン検査は入学から遡り１年以内とする。）

 Please describe the results of both X-ray and physical examinations (X-rays taken within 1year prior to enrollment are valid.)

 (1) 撮影日 Date of chest X-ray.（Day/Month/Year）　 / / 　　 Film No.（　　　 　　）



　(2)　肺　 Lungs:　 　□ 正常 Normal 　□ 異常 Impaired

　　　 　　　　　　　　　　Describe the condition

　心臓 Cardiomegaly: □ 正常 Normal 　□ 異常 Impaired

　　　　　　　　　　　　　　　　Describe the condition

1. 過去に罹患した病気にチェックを入れてください。罹患した病気がない場合には、既往症なしにチェックを入れてください。

Has the applicant ever suffered from any of the following? Pleases indicate by checking every box that applies to him/her. If NOT, check the box “no remarkable history”.

　　 □ 既往症なし　No remarkable history

□　結核　Tuberculosis □　糖尿病　Diabetes □ 心臓疾患　Heart disease □ 喘息Asthma

□ 精神疾患 Psychosis □ 消化器系疾患 Digestive Tract Problem □ てんかん Epilepsy

 □ アレルギーAllergy If yes, please specify

□　肝炎　　Hepatitis A・B・C If yes, please specify

1. 現在、治療中の病気や医師から処方された薬を内服したりしていますか？

Is the applicant under any medical treatment or on medication at present?　 □　Yes □No

「はい」と答えた場合は治療内容を、内服している場合は薬の詳細(薬品名,用量,特記事項)を記載の上、現在の状態を記載してください。

If yes, provide detailed information on diseases. If the applicant is on medications, provide information regarding the medications.

（Name, amount, remarks, others）. What is the current condition?

 診断名 Diagnosis（ 　　 　）

1. 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（１年未満）に耐えうるものと思われますか？

　In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies （within one year） in Japan?

* + Yes □　No 　If no, please specify

 日　付　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　署　名

 Date（Day/Month/Year）: ／　　　　／　　 　 Signature:

医師氏名

Physician's Name in Print:

　　検査施設名

Office/Institution:

所在地

Address