

健康診断書 (医師記入用)

CERTIFICATE OF HEALTH (To be filled out by a healthcare provider)

氏名 / Name: _____ 生年月日 / Date of Birth : _____

1a. Physical Examination 身長 / Height _____ cm 視力 / Eyesight <input type="checkbox"/> 裸眼 / Without Spectacles <input type="checkbox"/> 矯正 / With Spectacles 左 / Left : _____ 右 / Right : _____	1b. Physical Examination 体重 / Weight _____ kg 聴力 / Hearing 左 / Left _____ 右 / Right _____ 色覚 / Color-perception <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal <input type="checkbox"/> 正常 / Normal
2. 既往歴について、チェックして下さい Please check the box(es) for the student's history of special medical conditions, allergies, or physical disabilities. <input type="checkbox"/> なし / No <input type="checkbox"/> あり / Yes 「あり」の場合 / If Yes, ➡ <input type="checkbox"/> 持病 / Medical Conditions <input type="checkbox"/> 身体障害 / Physical Disabilities <input type="checkbox"/> 精神疾患 / Mental illnesses (例/ e.g. うつ / Depression, 不安症 / Anxiety Disorder, 強迫性障害 / Obsessive-Compulsive Disorder, など / etc.) <input type="checkbox"/> 発達障害 / Developmental Disabilities (例/ e.g. ADHD, ADD, 自閉スペクトラム症 / Autism Spectrum Disorder, 学習障害 / Learning Disabilities, など / etc.) <input type="checkbox"/> アレルギー / Allergies (例/ e.g. ペット / Pets, 薬 / Medication, 虫さされ / Stinging Insects, ハウスダスト / House Dust, etc.) 詳細 (処方薬の情報も 記してください) Please describe: (including the prescription details)	
3. 現在、病気があればチェックして下さい。 Please check the box(es) if there is any irregularity. <input type="checkbox"/> 扁桃腺、鼻又は咽喉 / Tonsils, Nose or Throat <input type="checkbox"/> 心臓又は血管 / Heart or Blood Vessels <input type="checkbox"/> 胃又は消化器官 / Stomach or Digestive System <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器 / Genito- Urinary System <input type="checkbox"/> 脳又は神経組織 / Brain or Nervous System <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 / Blood or Endocrine System <input type="checkbox"/> 肺又は呼吸器官 / Lungs or Respiratory System <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官 / Bones, Joints or Locomotor System <input type="checkbox"/> その他内臓器官 / Other Abdominal Organs <input type="checkbox"/> 皮膚 / Skin 詳細 Comments: _____	4. 結核 / Tuberculosis Examination <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 再検査必要 / To be rechecked <input type="checkbox"/> 治療が必要 / Requires treatment (特記事項 / Further Remarks) ※レントゲン検査の報告書を添付してください。レントゲン検査をしていない学生は、ツベルクリン検査の結果を添付してください。レントゲンのフィルムは送らないでください。 *A copy of the chest X-ray report or lab report for Tuberculin Skin Test (Mantoux) must be attached. Do not send the chest X-ray films.
5. 留学に関して注意すべき事項 / Remarks on the student's physical and mental capacity to study abroad. _____	

● 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 is:
 優 / Excellent 良 / Good 可 / Fair 不可 / Poor

● 本人の健康状況は日本留学に支障がない。Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan?
 はい / Yes いいえ / 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.

署名 / Physician's signature: _____

機関名 / Physician's name: _____

住所 / Physician's address: _____

診断年月日 / Date: _____