

# 健康診断書

## Certificate of Health

※医師が記入してください。  
(To be filled out by a physician)

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,		
視 力 (Eyesight) _____ 血液型 (Blood type) (A. B. AB. O. +-)		
裸 眼 (Without glasses)	矯 正 (With glasses)	
左 (Left) _____	右 (Right) _____	
聴 力 (Hearing)	色 神 (Color perception)	
左 (Left) _____	正 常 (Normal)..... <input type="checkbox"/>	
右 (Right) _____	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ください。 Past illness : if any, indicate age at time of contraction.		
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 疾 患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)
Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
糖 尿 病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> _____ 歳 (Age)	その他の感染症疾患 <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 illness		
扁桃腺、鼻又は咽喉 <input type="checkbox"/>	心臓又は血管 <input type="checkbox"/>	
Tonsils, nose or throat	Heart and blood vessels	
胃又は消化器官 <input type="checkbox"/>	泌尿生殖器 <input type="checkbox"/>	
Stomach and digestive system	Genito-urinary system	
脳又は神経組織 <input type="checkbox"/>	血液又は内分泌器官 <input type="checkbox"/>	
Brain and nervous system	Blood and endocrine system	
肺又は呼吸器官 <input type="checkbox"/>	骨、関節又は運動器官 <input type="checkbox"/>	
Lungs and respiratory system	Bones, joints and locomotor system	
その他内臓器官 <input type="checkbox"/>	皮 膚 <input type="checkbox"/>	
Other abdominal organs	Skin	
4. エックス線検査 Chest X-ray examination		
健 康..... <input type="checkbox"/> Normal		
要観察..... <input type="checkbox"/> To be re-checked		
要医療..... <input type="checkbox"/> Requires medical treatment		
撮影年月日 _____ Date of examination:		
所 見 _____ (Describe the condition of applicant's lungs)		
7. ワクチン接種について (MMR)		
麻 疹 measles ..... <input type="checkbox"/> ( First dose ) ( Second dose )		
ムンプス mumps ..... <input type="checkbox"/> ( ) ( )		
風 疹 rubella ..... <input type="checkbox"/> ( ) ( )		
5. 診断の結果、本人の健康状況は次のとおりである。 After examination I attest 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. 本人の健康状況は、日本留学に支障がないかどうか。 Do you think that 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		
8. その他の特記事項 Other remarks:		

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。  
I hereby certify the above examination results.

医師の署名・捺印 \_\_\_\_\_ (印)  
Physician's signature:

医療機関名 \_\_\_\_\_  
Name of the health organization:

診断年月日 \_\_\_\_\_  
Date:

住 所 \_\_\_\_\_  
Physician's office address: