

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name: _____, _____, _____
Family name, First name Middle name
男 Male 生年月日 Date of Birth: _____ 年齢 Age: _____
女 Female

1. 身体検査 Physical Examinations

- (1) 身長 Height _____ cm 体重 Weight _____ kg
- (2) 血圧 Blood pressure _____ mm/Hg ~ _____ mm/Hg 血液型 Blood Type

A	B	O

 RH

+
-

 脈拍 Pulse _____ 整 regular 不整 irregular
- (3) 視力 Eyesight: (R) _____ (L) _____ (R) _____ (L) _____
裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses 色覚異常の有無 color blindness 正常 normal 異常 impaired
- (4) 聴力 Hearing: 正常 normal 低下 impaired 言語 speech: 正常 normal 異常 impaired

2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること(6ヶ月以上前の検査は無効。) Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant's chest x-ray (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).



肺 lung: 正常 normal 異常 impaired

心臓 Cardiomegaly: 正常 normal 異常 impaired

Date _____
Film No. _____

異常がある場合 心電図 Electrocardiograph: 正常 normal 異常 impaired

Describe the condition of applicant's lung.

3. 現在治療中の病気 Disease Treated at Present Yes (Disease: _____) No

4. 既往症 Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery

Tuberculosis..... (. .) Malaria..... (. .) Other communicable disease..... (. .)
Epilepsy..... (. .) Kidney Disease..... (. .) Heart Diseases..... (. .)
Diabetes..... (. .) Drug Allergy..... (. .) Psychosis..... (. .)
Functional Disorder in extremities..... (. .)

5. 検査 Laboratory tests 検尿 Urinalysis: glucose (), protein (), occult blood ()

赤沈 ESR: _____ mm/Hr, WBC count: _____ /cmm 貧血 anemia
Hemoglobin: _____ gm/dl, GPT: _____

6. 診断医の印象を述べて下さい。 Please describe your impression.

7. 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十分に留学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 his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

日付 Date: _____ 署名 Signature: _____
yes no

医師氏名 Physician's Name in Print: _____

検査施設名 Office/Institution: _____
所在地 Address: _____

Health / Medical Certificate 健康診断書

学校法人 福岡成蹊学園

*** Must be completed in ENGLISH and BLOCK LETTERS by a qualified physician ***

Name in Full 氏名					Nationality 国籍	
Date of Birth 生年月日	year (年)	month (月)	day (日)	Age 年齢		
Present Address 住所				性別 sex	M男	F女
Height 身長	cm	Weight 体重	kg	Blood Group 血液型	RH Factor	
Eyesight 視力	R 右	Without glasses 裸眼		With glasses 矯正	聴力 Hearing	R 右
	L 左	Without glasses 裸眼		With glasses 矯正		L 左

【Medical History 病歴】

Please indicate whether the patient is suffering from or has suffered from any of the following and add any other conditions. 下記あるいはその他の病歴があれば、記入して下さい。

Condition 病名	Details 詳細	Date of last 最後に発症した日	Condition 病名	Details 詳細	Date of last 最後に発症した日
Tuberculosis 結核			Asthma 喘息		
Diabetes 糖尿病			Epilepsy てんかん		
Malaria マラリア			Chicken Pox 水ぼうそう		
Ear Infections 耳鼻疾患			Travel Sickness 車酔い	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

【Medications 治療中の病気】

Please list any medication that your patient is currently using and the condition for which it has been prescribed, especially if any medical equipment is used. (inhaler, etc.) 治療中の場合、病状と処方箋を述べて下さい。

Condition or Symptoms (病気または症状)	Prescribed Medication (処方箋)

【X-Ray X線撮影】

Examination Date: 試験日		Please comment on applicant's, Condition (specify date of examination and diagnosis) X線所見 <input type="checkbox"/> 健康 healthy <input type="checkbox"/> 要再診 medical recheck <input type="checkbox"/> 要治療 treatment needed
Film No. フィルムNo.		
Examination Status: □ Direct 直接 □ Indirect 間接		

【診断結果】

本人の健康状態は日本留学に支障がないかどうか。 Will you be able to come to Japan for higher study?	<input type="checkbox"/> 可 Yes <input type="checkbox"/> 不可 No
--	---

診断の結果は上記の通り相違がないことを証明する。I hereby declare that the above information given of the patient is true and accurate after proper examination.

Examined by (Block Letter):
医療機関名

診断年月日 Examination Date: Doctor's Signature & Seal:
医師の署名 & シール: