

Medical Certificate
健康診断書

受験番号 수험번호 No.※	
----------------------	--

氏名 男 Male 生年月日 _____
Name : _____ 女 Female Date of Birth : _____

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) 聴力 (hearing) 色神 (colour-perception) 左 (left) / 左 (left) 正常 (normal) <input type="checkbox"/> 右 (right) / 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、その罹病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) マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳 (age) リューマチ <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) その他の伝染病疾患 <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。 Please note any irregularity 扁桃腺、鼻または咽喉 <input type="checkbox"/> 心臓または血管 <input type="checkbox"/> tonsil, nose or throat heart or blood vessels 胃又は消化器管 <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器 <input type="checkbox"/> stomach or digestive system genito-urinary system 精神又は精神組織 <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官 <input type="checkbox"/> mental or nervous system blood or endocrine system 肺又は呼吸器管 <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器管 <input type="checkbox"/> lungs or respiratory system bones, joints or locomotor system その他内臓器管 <input type="checkbox"/> 皮膚 skin <input type="checkbox"/> other abdominal organs	4. エックス線検査 chest X-ray examination 健康 <input type="checkbox"/> normal 要再診 <input type="checkbox"/> to be rechecked 要医療 <input type="checkbox"/> requires medical treatment 撮影年月日 date of examination 所見 (describe the condition of his/ her lungs)
5. 診断の結果、本人の健康状態は次の通りである。 I diagnose that his/ her condition is: 優 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor 6. 本人の健康状態は日本留学に支障がないかどうか。 Do you think his/ her condition is good enough to study in Japan? 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> Yes No	7. その他の特記事項 Any other remarks

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 : _____

医療機関名
Physicain's name : _____

住 所
Physicain's address : _____

医師署名
Physicain's signature _____ 印