

健康診断書  
CERTIFICATE OF HEALTH

for the as an International Student to use of applicants for admission

To be completed by the applicant:

氏名  
Name in full \_\_\_\_\_  
Family First Middle  
生年月日  
Date of birth \_\_\_\_\_ 性別 男 女  
(date) (month) (year) Sex  Male  Female  
現住所  
Present address \_\_\_\_\_

To be completed by the examining physician:

身長  
Height \_\_\_\_\_ cm 体重  
Weight \_\_\_\_\_ kg 血圧  
Blood pressure \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg  
視力 (左) (右) 矯正視力 (左) (右) 聴力  正常  
Vision without glasses (L) (R) With glasses (L) (R) Hearing  normal  
 低下  
impaired

既往症：既往症がある場合は□にチェックをしてください。

History of past illness: Please indicate by , if any.

結核 Tuberculosis  気管支喘息 Bronchial asthma  心臓病 Cardiac disease   
腎疾患 Kidney disease  小児まひ Infantile paralysis  てんかん Epilepsy   
神経症 Nervous disease  精神病 Mental disease  色覚異常 Color blindness   
その他 Any other disease  ( )

上記の中でチェックをしたものがあれば、現状を詳しく記してください。

If you marked any of the above, please describe present health circumstances in detail.

胸部X線所見・撮影日 撮影日 年 月 日  
Chest X-ray Date Y M D

Please comment, on condition of applicant's lungs, giving

その他の診断事項

Please describe in detail if you have found any disease, acute or chronic, or any physical handicap.

所見：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 that his/her health status is adequate to pursue intended study in Japan?

yes  no

署名  
Signature \_\_\_\_\_

医師名  
Name of physician \_\_\_\_\_

診療機関名  
Name of the clinic \_\_\_\_\_

住所  
Address \_\_\_\_\_

診察日  
Date of examination \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
(year) (month) (day)