

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by a physician) 健康診断書

NAME OF APPLICANT (in block capitals) 申請者氏名 (ブロック体大文字記入)	SEX 性別 M. F.	AGE 年齢	DATE OF BIRTH 生年月日
PRESENT ADDRESS 現住所			

- Height 身長 _____ cm Weight 体重 _____ kg

Blood Pressure 血圧: Sys.収縮期 _____ Dia.拡張期 _____

Pulse Rate 脈拍数 _____ /m Reg. 整. Irreg. 不整

Reflexes 反射神経: Pupil 瞳 Normal 正常, Abnormal 異常 Knee ひざ: Normal 正常, Abnormal 異常
 Others 他(_____): Normal 正常, Abnormal 異常

Eye-Sight 視力: Left 左 Right 右 Color-Blindness 色覚異常の有無 Hearing 聴力
 without glasses メガネなし _____ Yes: (_____) : Normal 正常, Abnormal 異常
- Anamnesis 既往歴: please indicate with + or - +あるいは-で表記してください。

Tuberculosis 結核 Malaria.マラリア Rheumatic Fever リュウマチ熱

Epilepsy てんかん Kidney Diseases 腎臓疾患 Cardiac Diseases 心疾患

Diabetes 糖尿病 Allergy アレルギー Other Communicable Diseases その他伝染病
- Present Conditions 現在の状況: Please indicate with +, if you find any disease or abnormality, or with -, if not.
 病状等の所見がある場合は+をない場合は-を記入してください。

Tonsils, Nose or Throat 扁桃腺・鼻・のど Heart or Blood Vessels 心臓・血管

Lungs or Respiratory System 肺・呼吸器 Stomach or Digestive 胃・消化器

Genitourinary System 泌尿生殖器 Other Abdominal Organs その他腹部器官

Brain or Nervous System 脳・神経系 Blood or Endocrine System 血液・内分泌系

Bones, Joints or Locomotor System 骨格・関節・運動系 Skin 皮膚
- If you marked + to any of the above 2 and 3, please describe in detail each disease, and if the applicant is physically handicapped, the abnormality or impairment.
 上記の2あるいは3において+であるものについてはそれぞれの病状を、また、申請者に身体的障害・機能的障害等がある場合はその詳細について記述してください。
- Describe in full on conditions of applicant's lungs: (Including the result of Chest X-ray examination and its date)
 胸部X線の結果・検査日をふまえて申請者の肺の状況について記述してください。
- Has the applicant ever suffered from any nervous or mental disorder?
 申請者は今までに心的適応障害等の症状をもったことがありますか。
- In my opinion, the applicant's health and physical conditions are _____ (Please check the appropriate box.)
 医師の見解において申請者の健康状況は以下のとおりです。(該当するものにチェックしてください):
 Excellent とても良い Good 良い Fair 問題なし Poor 所見あり
- In my opinion, the applicant is physically able to go abroad for study** (Please check the appropriate box.)
 医師の見解において申請者は身体的に留学に耐えうる事ができる(該当にチェック)
 Yes はい No いいえ

NAME & TITLE OF PHYSICIAN (Please print.)
 医師の職名及び氏名 (活字体で記入)

ADDRESS 住所

SIGNATURE / SEAL 署名/印

DATE 日付 _____
 day month year