

健康診断書

Certificate of Health

Form.1-6

出願者氏名 _____
Name of Applicant

性別 Sex 男 Male
 女 Female

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
Date of Birth Year Month Day

1.

身長 Height	_____ cm	視力 Eyesight	右 (R)	矯正視力 With Glasses	右 (R)
体重 Weight	_____ kg		左 (L)		左 (L)

2. 既往症がある場合は詳しく書いてください。

Please give full details of the applicant's medical history.

3. 慢性疾患や身体的障害等の診断事項について書いてください。

Please give a detailed description of the diagnosis of any disease, including chronic ailments, or physical disabilities, if any.

4. アレルギー Allergies

5. エックス線 X-Ray

- 正常 Normal
 異常 Abnormal
 所見 Diagnosis



6. この出願者の健康状態は、日本留学に支障のない状態でしょうか。

How is the general state of this applicant's health for the pursuit of studies in Japan as an international student?

- 良い状態である Excellent
 特に不安はない Adequate
 やや注意を要する Care recommended, but no serious issues
 不安がある Concerning

診断の結果、上記の通りに相違ないことを証明します。

I hereby certify the above diagnosis is correct.

医師名 Name of Physician (Please print)			
診断機関名 Name of Clinic or Hospital	電話番号 Phone Number		
住所 Address			
署名 Signature	診断日 Date of Examination	年 Year	月 Month 日 Day

★必ず医師が記入してください。
(To be completed by the Physician.)