

# 健康診断書

Certificate of Health

Form.1-5

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.

---

---

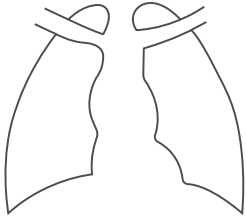
4. アレルギー Allergies

---

---

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.)