JDS中国　健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 □男 Male 　 生年月日　　　　　　　　　　　　　年齢

NAME: , 　□女 Female Date of Birth: / /　　　 Age:

　　　　Family name, First name Middle name　　　　　　　　　　　　　　　　 Month Day Year

１．身体検査

 Physical Examinations

(1) 身　長 体　重

　　　 Height cm Weight kg

(2) 血　圧　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 血液型 脈拍 /分 □整 Regular

　　　 Blood pressure mm/Hg　～ mm/Hg Blood Type A B O RH ＋－　 Pulse /min □不整 Irregular

 (3) 視　力

　　　 Eyesight: (R) (L) (R) (L) 色覚異常の有無 □正常 Normal

 裸眼 without glasses 矯正 with glasses or contact lenses Color Blindness □異常 Impaired

 (4) 聴　力 □正常 Normal　　　　　　　　　言語 □正常Normal

 Hearing: □低下 Impaired　　　　　　　　Speech: □異常 Impaired

２．申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること。（６ヶ月以上前の検査は無効）

　　Please describe the results of physical and X-ray examinations of applicant’s chest X-ray (X-ray taken more than 6 months prior to the certification is NOT valid).



　　　　　　　　　　　　　　 肺 □正常Normal Date 心臓 □正常Normal

　　　 Lung : □異常Impaired Film No. Cardiomegaly: □異常Impaired

 　 心電図 □正常Normal

 Electrocardiograph: □異常Impaired

 Describe the condition of applicant's lung.

３．現在治療中の病気　　　　　　□Yes （Disease: ）

　　Disease Treated at Present　 □No

４．既往症

　　Past history: Please indicate with ＋or －and fill in the date of recovery

　　Tuberculosis........□( . . )　 Malaria....................□( . . ) Other communicable disease............□( . . )

　　Epilepsy...............□( . . )　 Kidney Disease.......□( . . )　 Heart Disease....................................□( . . )

 Diabetes..............□( . . )　 Drug Allergy.............□( . . )　 Functional Disorder in extremities.....□( . . )

 Rheumatic Fever □(　 　 . . ) Psychosis...............□(　　 . . )

５．検　査　Laboratory Tests

　　検　尿　Urinalysis: Glucose ( ), Protein ( ), Occult Blood ( )

 貧血　Anemia □

　　赤沈 ESR: mm/Hr, WBC count: /cmm,　Hemoglobin: gm/dl, GPT:

６．診断医の印象を述べてください。Please describe your impression. □ No need for re-checkup □ Need for re-checkup ( )

７．志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康状態は充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 his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?

 Yes □　　　No □

Yes, but with the following Condition/s/Need/s to be met in Japan □

□ 1) medication (medicine’s name: dose/frequency: );

□ 2) re-checkup or regular checkup (what kind of check: frequency: 　　　 );

□ 3) any particular remarks on his/her daily life ( ); or

□ 4) others (e.g. self- treatment: )

日付　　　　　　　　　　　　　　　医师署名

　Date: Physician’s Signature:

 検査施設名 所在地

　Office/Institution: Address: