CERTIFICATE OF HEALTH (for 2019) (to be completed by the examining physician) Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

健康診断書(2019年度版) (医師に記入してもらうこと) 日本語又は英語により明瞭に記載すること。

Biodo pressure □ 整 Regular ○Diod rpps □ T	氏名							
住別 勇 Male 生年月日 年月日 年月日 年月日 日		Surname 姓 Given				Middle name ミドルネーム		
1. 身体検査 Physical examination (1) 局長 Height (2) 体重 Weight (3) 加圧 Blood pressure mmHg~ mmHg? (4) 血液型 Blood type □ A □ B □ A □ B □ A □ B □ RH + □ Ri Weight (3) 加圧 Blood pressure mmHg~ mmHg? mmHg? □ 正常 Normal (5) 原拍 二 不整 fregular Color blindness □ 異常 Impaired (6) 視力: Czyseight (方 (5) (方 (5) (方 (5) (方 ○ (7) (5) (5) (7) (5) (7) (7) (5) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7	性別 □ 男 Ma	□ 男 Male		生年月日		年月.日		
Physical examination (1) 静長 Height cm (3) 加圧 mmHg ~ mmHg ~ mmHg() Blood pressure Blood type [0] 颜形由 整 Regular Color binness 二常 Normal Pulse 一 不整 Irregular Color binness 二常 Normal (5) 競力 二 正常 Normal Without glasses (R) (b) 視力にyeight (法市 Quartic Participation Partin Participatin Partin Participation Participation Partin Partici	Gender	Date of Birth		уууу	mm	dd		
(1) 月長 cm (2) 体車 Height mHg (4) 血液型 [A □ B □ AB □ O □ RH +]RI (3) 血圧 mHg (4) 血液型 [Blood type Blood pressure ア 2 [Blood type [A □ B □ AB □ O □ RH +]RI Pulse - 不整 Irregular (7) 色覚異常の有無 □ 正常 Normal Pulse - 不整 Irregular (2) Ob blindness □ 異常 Impaired (6) 視力⊡yesight [Without glasses or contact lenses (R) (L) Hearing □ 異常 Impaired Physical and X-ray examinations of the chest (within six months) Impaired Describe the condition of lungs. Date of X-ray wywy mm dd Physical and X-ray examinations of the chest (within six months) Impaired Impaired Impaired Film No. [1) Impaired Impaired Existing I/Ais@ Zerdiomegaly Existing I/Ais@ Existing I/Ais@ Date of X-ray wywy mm dd Date of X-ray Wyw Maired Date of x-ray Existing I/Ais@ Date of x-ray Existing I/Ais@ Date of recovery gd R ¹ Date of recovery gd R ¹ Date of recovery <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>								
Height Clill Weight (3)面圧 mmHg mmHg Minwat Blood pressure 整 Regular (7)色覚異常の有無 正常 Normal (5)服売1 整 Regular (7)色覚異常の有無 正常 Normal (6) 視力にyeight 一葉常 (1) (1) Hearing 異常 Impaired (6) 視力にyeight (1) Hearing 異常 Impaired (1) Hearing 異常 Impaired 2. 胸部聴怒びぶ線検査 (6 ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months) Prescribe the condition of lungs. Date of X-ray Ywy md 71/LΔ器号 Discase currently being treated ms ms Normal 2 Spreech 異常 Impaired 1 Disease currently being treated ms ms nd ref Normal 2. Disease currently being treated ms ms qf Ywy md dd date of recovery 3. 現在台線中の満気 mpaired デ治時期/治療中 mpaired Tf Normal State frecov Inde frecovery ndata date of r		-	(2)体重					
Blood pressure Imming ¹⁰ Blood type □ A □ B □ A □ B □ A □ D □ R + □ K + 0 K + 0 K + N + □ K + 0 K + 0 K + N + 0 K + 0 K + 0 K + N + 0 K + 0 K + 0 K + N + 0 K + 0 K + N + 0 K + 0 K + 0	Height	cm		Weight		ki		
[5]断拍 □ 整 Regular (7)色覚異常の有無 □ 正常 Normal Pulse □ 不整 irregular Color blinchess □ 異常 impaired (6) 視力正yesight 一(1) Hearing □ 異常 impaired (6) 視力正yesight 一(1) Hearing □ 異常 impaired (7) 色覚異常の有無 □ 正常 Normal □ 異常 impaired (6) 視力正yesight 「(1) Hearing □ 異常 impaired (7) 色見常の □ 正常 Normal □ 正常 Normal (6) 視力正yesight 「(1) ○ (1) ○ (1) (6) 視力正yesight 「(1) ○ (1) ○ (1) (7) 色見常の □ 正常 Normal □ 正常 Normal (1) 節 □ 正常 Normal □ 正常 Normal [1] □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ [2] ○ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □		mmHg~ mmHg				□A □B □AB □O □RH+□RH-		
Pulse □ 不整 Irregular Color blindness □ 異常 Impaired (6) 視力正yesight (石) (左) (8) 聴力 □ 正常 Normal (6) 視力正yesight (石) (左) (9) 言語 □ 正常 Normal With glasses or contact lenses (R) (L) Hearing □ 異常 Impaired 2. 胸部聴診及び X線検査 (6 ク 万 月 以 乃) (L) Speech □ 異常 Impaired Physical and X-ray examinations of the chest (within six months) Date of X-ray ywy nm dd 1 Describe the condition of lungs. Date of X-ray ywy nm dd 2. Name - Describe the condition of lungs. 日前 moaired 三 第 Normal 1 Impaired - Describe the condition of lungs. - - - 3. 現在治療中の病気 □ 二 第 Normal -	Blood pressure (5)脈拍			Blood type				
(6) 視力 にyesight Without glasses (R) (L) Hearing 日常に Normal R (5) (9) 言語 日常 Normal R (1) N Date of X-ray Yoy mm dd 7 /UL 都号 Film No. (1) N L ungs 日常 Normal R (1) N L R R R (1) R R R R R R R R R R R R R R R R R R R	ulse		Color blindness		□ 異常 Impaired			
(1) かどうに)signit [孫正 With glasses or contact lenses (R) (上) (9)言語 Speech 正常 Normal 異常 Impaired 2. 胸音聴診及び:X線検査 Maintaions of the chest With glasses or contact lenses (R) (L) Speech 異常 Impaired 2. 胸音聴診及び:X線検査 Maintaions of the chest With glasses or contact lenses (R) Impaired Experiment Maintaions of the chest Maintaions of the chest Mai						□ 上常 Normal □ 早堂 Impaired		
2. 胸部聴診及びX線検査 (6ヶ月以内) Physical and X-ray examinations of the chest (within six months) 通信 通信 加合 通信 加合 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	(6) 視力正yesight 矯正				□ 正常 Normal			
Physical and X-ray examinations of the chest (within six months) 週部X線所見 撮影年月日 年 月 日 Describe the condition of lungs. Date of X-ray yyyy mm dd 21/L公番号 Film No. □ 正常 Normal Lungs □ 異常 Impaired 2 (2)心臓 □ 正常 Normal 23. 現在治療中の病気 □ 無 Normal 2 Tibesease currently being treated □ 無 Normal 2 4. 既往症 病名Name ✓ 売治時期/治療中 Date of recovery 病名Name ✓ 7治原中を記入、いずれも該当し 店板 マラリア 病名Name ✓ Date of recovery /(治療中を記入、いずれも該当し Tuberculosis Malaria Date of recovery /(治療中を記入、いずれも該当し Tuberculosis C / んかん その他感染症 この こんがん E / と Please check and fill in the date of recovery/under treatment. F / Amkara ドAT Tuberculosis C / んかん <td< td=""><td>With glasses or contact ler</td><td colspan="2">Speech</td><td colspan="3">□ 異常 Impaired</td></td<>	With glasses or contact ler	Speech		□ 異常 Impaired				
胸部X線所見 撮影年月日 年 月 日 Describe the condition of lungs. Date of X-ray yyyy mm dd 7/ルム番号 Film No. 工定常 Normal (1)肺 工定常 Normal 異常 Impaired (2)心臓 正常 Normal 2:0:0ig 異常 Impaired (2)心臓 正常 Normal 2:0:0ig 異常 Impaired Disease currently being treated () 無 No 4. 既往症 病名Name ✓ Past illness/disorder 病名Name ✓ 該当するものにチェックと完治時期 結核 マラリア /治療中を記入、いずれも該当し Tuberculosis Malaria その他感染症 Cher communicable disease Epilepsy Please check and fill in the date of recovery/under treatment. 腎疾患 い疾患 fNOT contracted any of them in the past, please check "None". Diabetes Diabetes Diabetes Drug allergy Diabetes Drug allergy	Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)							
フィルム番号 Film No. 正常 Normal Lungs (1)肺 正常 Normal Lungs (2)心臓 正常 Normal (2)心臓 Cardiomegaly 異常 Impaired 3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated (1)肺 3. 現在治療中の病気 正常 Normal (2)心臓 Disease currently being treated (1) 無 No 4. 既往症 病名Name ✓ Past illness/disorder 病名Name ✓ 該当するものにチェックと完治時期 /治療中を記入、いずれも該当し ない場合は「無し」にチェックするこ と。 石の他感染症 マラリア Please check and fill in the date of recovery/under treatment. その他感染症 てんかん fNOT contracted any of them in the past, please check "None". Tapetes Diabetes Drug allergy (1) 精神疾患 	<u> </u>	胸部X線所見			年	月		
Film No. □ 正常 Normal (1)肺 □ 正常 Normal (2)心臓 □ 正常 Normal (3) 現在治療中の病気 □ 無 No □ 有 Yes : 病名 Disease 4. 既往症 病名Name Past illness/disorder 病名Name () 治療中を記入、いずれも該当し Tuberculosis Tuberculosis Co/maximucable disease その他感染症 C/hork Other communicable disease Epilepsy Please check and fill in the date of recovery/under treatment. Co/maximu f NOT contracted any of them in the past, please check "None". Diabetes (1)血 Explana Drug allergy (1)血 正常、plana Explana (1) Explana Drug allergy (2) (2) Explana (2) (2) (2) (3) (2) (2)		Describe the condition of	f lungs. Date of	fX-ray i 、 来 是	уууу	mm	dd	
Lungs 異常 Impaired (2)心臓 正常 Normal (2)心臓 異常がある場合⇒心電図 正常 Normal (2)心臓 異常がある場合⇒心電図 正常 Normal (1) impaired 三年 Normal 目 Impaired (2)心臓 二年 Normal If Impaired (2)心臓 二年 Normal IF Normal (1) impaired 三年 Normal Impaired (2) 心臓 三年 Starspin Starspin (2) 心臓 三年 病名 Normal Impaired (1) 話をすecov 病名 「名 Y Starspin Date of recovery ////////////////////////////////////								
(2)心臓 □ 定常 Normal 3.現在治療中の病気 □ 無 No □ 有 Yes : 病名 Disease 3.現在治療中の病気 □ 無 No □ 有 Yes : 病名 Disease 4.既往症 雨名Name ✓ Past illness/disorder 病名Name ✓ 該当するものにチェックと完治時期 結核 マラリア /治療中を記入、いずれも該当し Tuberculosis Malaria ない場合は「無し」にチェックするこ その他感染症 てんかん と。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. 下谷雨線 f NOT contracted any of them in the past, please check "None". 期家病 東剤アレルギー 動はess 四肢機能障害 Drug allergy								
 			Lungs (2)心臓					
If impaired⇒Electrocardiograph 異常 Impaired 3.現在治療中の病気 Disease currently being treated □ 無 No □ 有 Yes : 病名 Disease 4.既往症 Past illness/disorder 病名Name ✓ 完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment ✓ 売治時期/治療中 Date of recovery /under treatment ✓ 売治時期/治療 Date of recovery /under treatment (注) 治療中を記入、いずれも該当し ない場合は「無し」にチェックするこ と。 Tuberculosis マラリア ● (注) 保患 Co他感染症 Cんかん ● ● ● (注) Please check and fill in the date of recovery/under treatment. 腎疾患 ○ ○ ● ● (計) NOT contracted any of them in the past, please check "None". Kidney disease ● ● ● ● ● (無し) 無し 精神疾患 ● ● ● ● ● ● ●			Cardion	negaly		□ 異常	常 Impaired	
3.現在治療中の病気 □ 無 No □ 有 Yes : 病名 Disease Disease currently being treated □ 無 No □ 有 Yes : 病名 Disease 4.既往症 病名Name √ 完治時期/治療中 Past illness/disorder 病名Name √ 兄弟 of recovery/under treatment √ 兄弟 of recovery/under treatment 該当するものにチェックと完治時期 結核 マラリア √ 兄弟 of recovery/under treatment √ 兄弟 of recovery/under treatment /治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること ての他感染症 てんかん ○ と。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. ○ 竹皮 でのmunicable disease ○ 小疾患 If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 糖尿病 薬剤アレルギー ○ ● 無レ 精神疾患 四肢機能障害 ○	~ ~						Normal	
Disease currently being treated □ 無 NO □ 有 Yes : 病名 Disease 4. 既往症 Past illness/disorder 病名Name ✓ 完治時期/治療中 Date of recovery/ /under treatment 病名Name ✓ 完治時期/治療中 Date of recovery/ /under treatment Disease 該当するものにチェックと完治時期 /治療中を記入、いずれも該当し ない場合は「無し」にチェックするこ と。 Ituberculosis Malaria マラリア 防備 での他感染症 でんかん Please check and fill in the date of recovery/under treatment. 腎疾患 心疾患 If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 糖尿病 要剤アレルギー 無し 精神疾患 四肢機能障害					ectrocardiograph		rs impaired	
中・レイニカビ Past illness/disorder 病名Name ✓ Date of recovery /under treatment 病名Name ✓ Date of recovery /under treatment 該当するものにチェックと完治時期 /治療中を記入、いずれも該当し ない場合は「無し」にチェックするこ と。 結核 マラリア Malaria マラリア Yage version Tuberculosis Tuberculosis Malaria Yage version Tuberculosis Tuberculosis Yage version Tuberculosis Tuberculosis <t< td=""><td></td><td>□ 拱 N0 □ 有</td><td></td><td>sease</td><td></td><td>-</td><td></td></t<>		□ 拱 N0 □ 有		sease		-		
Past illness/disorder /under treatment /under treatment 該当するものにチェックと完治時期 結核 マラリア /治療中を記入、いずれも該当し ない場合は「無し」にチェックするこ Tuberculosis Malaria その他感染症 てんかん と。 Other communicable disease Epilepsy Please check and fill in the date of recovery/under treatment. 腎疾患 心疾患 If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 描神疾患 四肢機能障害 無し 精神疾患 四肢機能障害	4. 既往症	r 在Nama /			r年夕Nama	./		
/治療中を記入、いずれも該当し Tuberculosis Malaria ない場合は「無し」にチェックすること。 その他感染症 てんかん Please check and fill in the date of recovery/under treatment. 腎疾患 心疾患 If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 描神疾患 四肢機能障害 無し 精神疾患 四肢機能障害 四肢機能障害					Maine	v	/under treatment	
ない場合は「無し」にチェックするこ と。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 年レ、 精神疾患 たの他感染症 Other communicable disease どの他感染症 日本のののののののののののののののののののののののののののののののののののの								
と。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 年レ、 精神疾患 のther communicable disease By 法 By 法 Co By 法 Co たま 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日				Malaria				
Please check and fill in the date of recovery/under treatment. 腎疾患 心疾患 If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 糖尿病 薬剤アレルギー Diabetes Drug allergy 無し、 精神疾患 四肢機能障害								
recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 年レ、 精神疾患 精神疾患								
If NOT contracted any of them in the past, please check "None". 糖尿病 薬剤アレルギー Drug allergy 血 曲にの 精神疾患								
past, please check "None". Diabetes Drug allergy 四肢機能障害	,						1	
	_							
「「「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」「」			四肢機		能障害			
					al disorder in the			
「「「「」」「「」」」」「」」」「」」」」「」」」」」」」」」」」」」」」				extremitie	ès			
Laboratory tests	Laboratory tests		-			-		
(1) 尿検査 糖 蛋白 潜血 Urinalysis: glucose protein occult blood								
(2) 貧血検査 赤沈 白血球数 血色素量	(2) 谷血給杏 二赤次	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	血色	素量		貧血		
Anemia test ESR WBC count /Chill Hemoglobin Grind Anemia	Anemia test ESR	WBC count	/cmm Hemo	globin	gin/u	Anemia		
(3)肝機能検査 GPT GOT (IU/ I) GOT (IU/ I) γ-GTP (IU/ I)			(IU/I)	γ-GTP		(IU/I)	
6. 医師の診断·意見								
Physician's impression of the applicant's health		cant's health						
継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。								
Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.	Please fill in if the applicant needs regular medic	ation or treatment.						
			1					
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 日付	7 志願考の野往歴 診察・検査の結果	このない しょう しんしょう しんしょ しんしょ	日付					
	の状況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 that 医師署名		医師署名						
his/her health status is adequate to pursue studies in Japan? Physician's Signature		Physician's Signature						
	□はい YES □いいえ NO		検査施設名					
※必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、 所在地			所在地					
大使期は申請を受理しません。								
Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application.		I YOU UO HOL CHECK "YES",						