

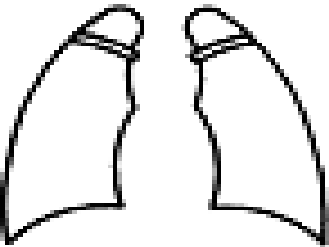
健康診断書（2025年度版）

（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。

CERTIFICATE OF HEALTH (for 2025)

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

氏名 Name	Surname 姓	Given name 名	Middle name ミドルネーム
性別 Gender	☐ 男 Male ☐ 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 yyyy mm dd

1. 身体検査 Physical examination									
(1)身長 Height		cm	(2)体重 Weight		kg				
(3)血圧 Blood pressure		mmHg～	mmHg	(4)血液型 Blood type		☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ RH + ☐ RH -			
(5)脈拍 Pulse		☐ 整 Regular ☐ 不整 Irregular		(7)色覚異常の有無 Color blindness		☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired			
(6)視力 Eyesight	裸眼 Without glasses	(右) (R)	(左) (L)	(8)聴力 Hearing		☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired			
	矯正 With glasses or contact lenses	(右) (R)	(左) (L)	(9)言語 Speech		☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired			
2. 胸部聴診及びX線検査（6か月以内） Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)									
		胸部X線所見 Describe the condition of lungs.		撮影年月日 Date of X-ray		年 月 日 yyyy mm dd			
				フィルム番号 Film No.					
				(1)肺 Lungs		☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired			
				(2)心臓 Cardiomegaly		☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired			
				異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph				☐ 正常 Normal ☐ 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	✓	病名 Name	完治時期/治療中 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。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".			結核 Tuberculosis			マラリア Malaria			
			その他感染症 Other communicable disease			てんかん Epilepsy			
			腎疾患 Kidney disease			心疾患 Heart disease			
			糖尿病 Diabetes			薬剤アレルギー Drug allergy			
✓	無し None		精神疾患 Psychosis			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities			
5. 検査 Laboratory tests									
(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose	蛋白 protein		潜血 occult blood					
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin	gm/dl	貧血 Anemia		
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	(IU/ l)	GOT (AST)	(IU/ l)	γ-GTP	(IU/ l)			
6. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant'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.									

7. In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan? 志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は十分に留学に耐えられるものと思われますか？ ☐ YES (はい) ☐ NO (いいえ) ※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application. 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、大使館は申請を受理しません。	日付 Date	
	医師署名 Physician's Signature	
	検査施設名 Office/Institution	
	所在地 Address	