

健康診断書 (2020年度版)

CERTIFICATE OF HEALTH (for 2020)

Сертификат здоровья

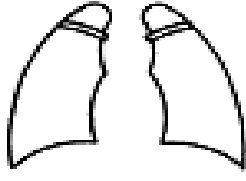
(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

Заполняется лечащим врачом
Пожалуйста, заполните на английском или японском языке

氏名 Name	Surname 姓 ファミリー		Given name イミ 名		Middle name オトコ ミドルネーム
性別 Gender Пол	<input type="checkbox"/> 男 Male мужской	<input type="checkbox"/> 女 Female женский	生年月日 Date of Birth Дата рождения	年	月
			yyyy	mm	dd

1. 身体検査 Physical examination Данные медицинского осмотра		(2) 体重 Weight Вес	kg
(1) 身長 Height Рост	cm		
(3) 血圧 Blood pressure Артериальное давление	mmHg	(4) 血液型 Blood type Группа крови	<input type="checkbox"/> A (II) <input type="checkbox"/> B (III) <input type="checkbox"/> AB (IV) <input type="checkbox"/> O (I) Resus-因子 RH + <input type="checkbox"/> RH -
(5) 脈拍 Pulse Пульс	<input type="checkbox"/> 整 Regular в норме <input type="checkbox"/> 不整 Irregular не в норме	(7) 色覚異常の有無 Color blindness Дальтонизм	<input type="checkbox"/> 正常 Normal отсутствует <input type="checkbox"/> 異常 Impaired имеется
(6) 視力 Eyesight Зрение	裸眼 (右) (L) With glasses or contact lenses (R) (L) С очками/линзами	(8) 聴力 Hearing Острота слуха	<input type="checkbox"/> 正常 Normal в норме <input type="checkbox"/> 異常 Impaired не в норме
		(9) 言語 Speech Речь	<input type="checkbox"/> 正常 Normal в норме <input type="checkbox"/> 異常 Impaired не в норме

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) **Данные медицинского осмотра и рентгеновского обследования грудной клетки (сроком не более 6 месяцев)**

	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray Дата рентгена	年 月 日 yyyy mm dd
	Опишите состояние легких (по данным рентгенограммы)	フィルム番号 Film No. Номер снимка	
(1) 肺 Lungs лёгкие		<input type="checkbox"/> 正常 Normal в норме <input type="checkbox"/> 異常 Impaired не в норме	
(2) 心臓 Cardiomegaly кардиомегалия	<input type="checkbox"/> 正常 Normal отсутствует <input type="checkbox"/> 異常 Impaired имеется		
異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph		<input type="checkbox"/> 正常 Normal в норме <input type="checkbox"/> 異常 Impaired не в норме	

3. 現在治療中の病気
Disease currently being treated **Текущая болезнь**

無 No 有 Yes : 病名 Disease **Наименование болезни:**
Нет Есть

4. 既往症 Past illness/disorder Анамнез	病名 Name Наименование болезни	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	病名 Name Наименование болезни	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". Пожалуйста, поставьте галочку и укажите дату выздоровления или то, в настоящий момент пациент находится на лечении. Если в прошлом перечисленных заболеваний не было, отметьте это ниже, поставив галочку напротив "Нет".	結核 Tuberculosis Туберкулез		マラリア Malaria Малярия	
	その他感染症 Other communicable disease Другие инфекционные заболевания		てんかん Epilepsy Эпилепсия	
	腎疾患 Kidney disease Болезни почек		心疾患 Heart disease Болезни сердца	
	糖尿病 Diabetes Диабет		薬剤アレルギー Drug allergy Аллергия на лекарства	
無し None Нет	精神疾患 Psychosis Психические расстройства		四肢機能障害 Functional disorder in the extremities Функциональные расстройства конечностей	

5. 検査
Laboratory tests **Лабораторные анализы**

(1) 尿検査 Urinalysis: Анализ мочи	糖 glucose глюкоза	蛋白 protein белок	潜血 occult blood скрытая кровь
(2) 貧血検査 Anemia test Анализ на анемию	赤沈 ESR СОЭ (Скорость оседания эритроцитов)	白血球数 WBC count Количество лейкоцитов в крови	血色素量 Hemoglobin Гемоглобин
(3) 肝機能検査 ФП (функциональные пробы печени) LFT (プロバ 機能) ЛФТ (Проба функции печени)	GPT (γ-GT) ГПТ (γ-グルタミロピロиноградная трансaminaза, она же ALT/AЛаТ)	GOT (AST) ГЩТ (α-グルタミно-щавелевоукусная трансaminaза, она же ACT/АСаТ)	γ-GT (γ-GT) γ-GT (γ-グルタミル-трансфераза, она же γ-GT)

6. 医師の診断・意見
Physician's impression of the applicant's health
總體的治療・投薬の必要性があればその旨を記入下さい。
Комментарии врача касательно состояния здоровья пациента
Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.
Пожалуйста, напишите, если пациенту требуется регулярный прием лекарств или лечение

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?
応募者の既往歴、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うるものと思われますか？
По результатам вышеперечисленных анализов, исследований и истории болезни, можно ли сказать, что пациент годен к обучению в Японии?
 YES (はい) **Да** NO (いいえ) **Нет**

※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。
Пожалуйста, отметьте "Да" или "Нет". Если НЕ будет отмечено "Да", Посольство не примет заявку к рассмотрению.

日付 Date Дата	
医師署名 Physician's Signature Подпись врача	
検査施設名 Office/Institution Учреждение	
所在地 Address Адрес	