

健康診断書 (2020年度版)

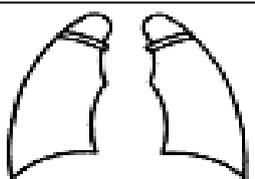
(医師に記入してもらうこと)  
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH (for 2020)

Сертификат здоровья  
Заполняется лечащим врачом  
Пожалуйста, заполните на английском или японском языке

氏名 Name	Surname 姓 <b>ファミリア</b>		Given name <b>Имя</b> 名		Middle name <b>Отчество</b> ミドルネーム	
性別 Gender <b>Пол</b>	<input type="checkbox"/> 男 Male <b>мужской</b>	<input type="checkbox"/> 女 Female <b>женский</b>	生年月日 Date of Birth <b>Дата рождения</b>	年	月	日

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

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)		<b>Данные медицинского осмотра и рентгеновского обследования грудной клетки (сроком не более 6 месяцев)</b>	
	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
	Опишите состояние легких (по данным рентгенограммы)	フィルム番号 Film No.	レントゲン X-ray
(1) 肺 Lungs <b>лёгкие</b>		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <b>в норме</b> <input type="checkbox"/> 異常 Impaired <b>не в норме</b>	(2) 心臓 Cardiomegaly <b>кардиомегалия</b>
異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <b>в норме</b> <input type="checkbox"/> 異常 Impaired <b>не в норме</b>	Если не в норме ⇒ ЭКГ <input type="checkbox"/> 異常 Impaired <b>не в норме</b>

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease <b>Наименование болезни:</b>
Текущая болезнь	Нет Есть

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
Анамнез	Наименование болезни	Дата выздоровления/на лечении	Наименование болезни	Дата выздоровления/на лечении
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 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 <b>Лабораторные анализы</b>			
(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 (沈降速度) mm/Hr мм/час	白血球数 WBC count Количество лейкоцитов в крови	血色素量 Hemoglobin Гемоглобин
(3) 肝機能検査 ФП 肝功能検査 GPT ГПТ (グルタミンピロиноグラードン) ALT/ALP	ME/l (活性) (IU/l)	GOT ГЦТ (グルタミンオキサロ酢酸トランスアミナーゼ) AST/ASAT	ME/l (活性) (IU/l)
LFT 肝機能検査 ALT アミノアミノトランスフェラーゼ	ME/l (活性) (IU/l)	ASAT アミノアミノトランスフェラーゼ	ME/l (活性) (IU/l)

6. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health
総合的治療・投薬の必要性がなけ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?	日付 Date Дата
<input type="checkbox"/> YES (はい) Да <input type="checkbox"/> NO (いいえ) Нет	医師署名 Physician's Signature Подпись врача
	検査施設名 Office/Institution Учреждение
※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.	所在地 Address Адрес