

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。

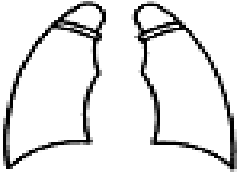
CERTIFICATE OF HEALTH (for 2020)

Сертификат здоровья

Заполняется лечащим врачом
Пожалуйста, заполните на английском или японском языке

氏名 Name	Surname 姓 ファミリー	Given name Имя 名	Middle name Отчество ミドルネーム
性別 Gender Пол	☐ 男 Male мужской ☐ 女 Female женский	生年月日 Date of Birth Дата рождения	年 月 日 yyyy mm dd

1. 身体検査 Physical examination		Данные медицинского осмотра	
(1) 身長 Height Рост	cm	(2) 体重 Weight Вес	kg
(3) 血圧 Blood pressure Кровяное давление	mmHg ~ mmHg	(4) 血液型 Blood type Группа крови	☐ A (I) ☐ B (II) ☐ AB (IV) ☐ O (I) ☐ RH + ☐ RH -
(5) 脈拍 Pulse Пульс	☐ 整 Regular в норме ☐ 不整 Irregular не в норме	(7) 色覚異常の有無 Color blindness Цветослабочение	☐ 正常 Normal в норме ☐ 異常 Impaired не в норме
(6) 視力 Eyesight Зрение	裸眼 (右) (左) Without glasses без очков (R) (L) 矯正 With glasses or contact lenses С очками/линзами (R) (L)	(8) 聴力 Hearing Слух	☐ 正常 Normal в норме ☐ 異常 Impaired не в норме
		(9) 言語 Speech Речь	☐ 正常 Normal в норме ☐ 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	年 月 日 yyyy mm dd
	Опишите состояние легких	フィルム番号 Film No.	Дата рентгена X-ray date
		(1) 肺 Lungs лёгкие	☐ 正常 Normal в норме ☐ 異常 Impaired не в норме
		(2) 心臓 Cardiomegaly расширение сердца	☐ 正常 Normal в норме ☐ 異常 Impaired не в норме
		異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph Если не в норме ⇒ ЭКГ	

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated	☐ 無 No ☐ 有 Yes : 病名 Disease Наименование болезни:
Текущая болезнь	Нет Есть

4. 既往症 Past illness/disorder История болезни	✓	病名 Name Наименование болезни	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment Дата выздоровления/ на лечении	✓	病名 Name Наименование болезни	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment 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 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			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities Серьезные функциональные заболевания	

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 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 LFT プロバ unction печени	GPT Глутаминовая Пировиноградная Трансаминаза (ALT) Аланин- аминотрансфераза	GOT Глутаминовая Оксалоацетиновая Трансаминаза (AST) Аспартат- аминотрансфераза	γ-GTP γ-GTT (γ- глутамил- трансафераза)

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? 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/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
---	---------------------------	--	--	--------------------------------