

! Только для ознакомления! Не для заполнения! 別紙

健康診断書 (2027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 2027)

Заполняется лечащим врачом

печатными буквами на англ./яп. языке

氏名 Name	Фамилия Surname 姓	Имя Given name 名	ミドルネーム Middle name
性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male M <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female ♀	生年月日 Date of Birth	Дата рождения 年 月 日 Log yyyy mes. mm gen'yd

1. 身体検査 Physical examination Данные обследования	
(1) 身長 Height	Рост cm
(2) 体重 Weight	Вес kg
(3) 血圧 Blood pressure	Давление mmHg~ mmHg
(4) 血液型 Blood type	กรุณา <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5) 脈拍 Pulse	Пульс /min <input type="checkbox"/> 整 Regular <input checked="" type="checkbox"/> 不整 Irregular
(6) 視力 Eyesight Value	裸眼 <input checked="" type="checkbox"/> 矯正 <input type="checkbox"/> Without glasses With glasses or contact lenses
(7) 色覚異常の有無 Color blindness	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>
(8) 聴力 Hearing	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>
(9) 言語 Speech	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>

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)			
撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日	フィルム番号 Film No.	Аускультация сердца и рентгенография
	(1) 肺 Lungs	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>
	(2) 心臓 Cardiomegaly	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>
	(3) 心電図 Electrocardiograph	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>	正常 <input checked="" type="checkbox"/> 異常 <input type="checkbox"/>
	(4) 胸部X線所見 Comment for the chest X-ray	Комментарий к рентгену	

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 Name of disease:)
--	--

4. 既往症 Past illness/disorder	<input type="checkbox"/> なし None of below
История болезни отметьте соотв. и укажите срок выздор./лечения Если не было ничего из указанного, отметьте ✓ Если есть/было заболев., укажите соотв. в дату лечения	<input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> マラリア Malaria <input type="checkbox"/> その他感染症 Other communicable disease <input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy <input type="checkbox"/> 腎疾患 Kidney disease <input type="checkbox"/> 心疾患 Heart disease <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー Drug allergy <input type="checkbox"/> 精神疾患 Psychosis (Depression, Anxiety, ADHD, OCD etc) <input type="checkbox"/> 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities

5. ワクチン接種歴 Vaccination History	Если вакцинированы, укажите кол-во прививок
MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Zoster)	Hepatitis B
MMR (Measles, Rubella)	Chicken pox
M (Measles)	Meningitis
Mumps	Polio
	Diphtheria Pertussis Tetanus combined

6. 検査 Laboratory tests	
(1) 尿検査 Urinalysis	糖 Glucose <input checked="" type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
(2) 貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR <input checked="" type="checkbox"/> mm/Hr
(3) 肝機能検査 LFT	GPT ALT <input checked="" type="checkbox"/> IU/l

7. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health	
(1) 総評 Overall impression	Заключение врача
(2) 薬物療法 Is regular medication and treatment required?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input checked="" type="checkbox"/> いいえ No
(3) 留学許可 Do you allow the applicant to study in Japan?	Обязательно отметить "да" или "нет" если не будет отметки "да" значит не будет принят!

医師署名 Physician's Signature	Подпись врача	日付 Date	Дата
検査施設名 Office/Institution	Название мед. учреждения	所在地 Address	адрес