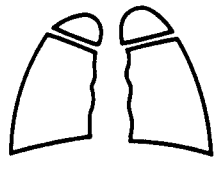


健康診断書／身体検査表 CERTIFICATE OF HEALTH

氏名／姓名／Name _____ (男／Male ・ 女／Female)
 生年月日／出生年月日／Date of birth _____ 年 月 日 国籍／国籍／Nationality _____

1 身長／身高／Height _____ cm	2 体重／体重／Weight _____ kg	
3 血圧／血压／Blood pressure _____ mmHg ~ _____ mmHg		
4 視力／视力／Eyesight 裸眼／裸眼／Without glasses 矯正／矯正／With glasses 左／Left _____ / _____ 右／Right _____ / _____	5 聴力／听力／Hearing 左／Left _____ / _____ 右／Right _____ / _____	6 色覚／辨色力／Color-blindness 正常／正常／Normal..... <input type="checkbox"/> 異常／異常／Abnormal..... <input type="checkbox"/>
7 既往症のある場合は□にチェックし、その罹患時の年齢を記入してください。／有既往病历,在□栏里打钩,填写得病的年龄。 History of past illness : (if any, indicate it with your age of contraction.) 結核／结核／Tuberculosis..... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age マラリア／疟疾／Malaria..... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age リューマチ／风湿病／Rheumatic fever... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age てんかん／癲癇／Epilepsy..... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age 心臓疾患／心脏疾病／Cardiac diseases... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age 糖尿病／糖尿病／Diabetes..... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age 腎疾患／肾脏疾病／Kidney diseases..... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age アレルギー／过敏症／Allergy... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age その他の伝染病疾患／其他的传染病／Other communicable diseases..... <input type="checkbox"/> _____歳／岁／age		
8 現在、病気にかかっている場合は、□にチェックしてください。 如现在有以下病症,请在□栏里打钩。／Present condition : (if any, please indicate.) 扁桃腺、鼻または咽頭／扁桃腺、鼻子或咽喉／Tonsils, Nose or Throat..... <input type="checkbox"/> 心臓または血管／心脏或血管／Heart or Blood Vessels..... <input type="checkbox"/> 胃または消化器官／胃或消化器官／Stomach or Digestive System..... <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器官／泌尿生殖器官／ Genito-Urinary Vessels..... <input type="checkbox"/> 脳または神経組織／脳或神经系统／Brain or Nervous System..... <input type="checkbox"/> 血液または内分泌器官／血液或内分泌器官／Blood or Endocrine System..... <input type="checkbox"/> 肺または呼吸器官／肺或呼吸器官／Lungs or Respiratory System..... <input type="checkbox"/> 骨、関節または運動器官／骨头、关节或运动器官／Bones, Joints or Locomotor System..... <input type="checkbox"/> その他内臓器官／其他的内脏器官／Other Abdominal Organs..... <input type="checkbox"/> 皮膚／皮膚／Skin..... <input type="checkbox"/>		
9 エックス線検査／X光検査／Chest X-ray examination 健康／健康／Normal..... <input type="checkbox"/> 要観察／要検査／To be rechecked..... <input type="checkbox"/> 要医療／要医疗／Require medical treatment..... <input type="checkbox"/> 撮影年月日／撮影年月日／Date of examination: _____ 所見／所見／Describe the condition of applicant's lungs: _____	10 その他特記事項／其他事项 Any other remarks: _____	
11 現在の健康状態は次のとおりです。／现在的健康状态是／I diagnose the applicant's health and physical 優／优／Excellent..... <input type="checkbox"/> 良／良／Good..... <input type="checkbox"/> 可／可／Fair..... <input type="checkbox"/> 不可／不可／Poor..... <input type="checkbox"/>		
12 本人の健康状態は日本留学に支障がないですか。／本人的健康状态是否影响在日本留学？ Do you think the applicant's condition is good enough for him/her to study in Japan ? 可／可／Yes..... <input type="checkbox"/> 不可／不可／No..... <input type="checkbox"/>		
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。／诊断结果,证明与上述情况相符。／ I hereby certify the above diagnosis. 診断年月日／诊断年月日／Date: _____ 氏名／医生的姓名／Physician's name: _____ 住所／医院地址／Physician's address: _____ 署名／医生亲笔签名／Physician's signature: _____		



■医師が記入してください／本表由医生填写／To be filled by a physician.