



開倫塾日本語学校 健康診断書

Kairin Juku Japanese Language School -Certificate of Health-

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) To be completed by the examining physician. (Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.)

1. 申請者本人について Information of the applicant

氏名 Name	姓 Family name	名 Given name	ミドルネーム Middle name
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day

2. 身体検査 Physical Examinations

(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)腹囲 Girth of abdomen	cm	(4)BMI指数 BMI	
(5)血圧 Blood pressure	mmHg～ mmHg	(6)血液型 Blood type	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(7)脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(8)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(9)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L)	(10)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(11)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

3. 胸部聴診及びX線検査(6ヶ月以内) The result of physical and X-ray examination (Record within 6 months)

	(1)胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	(2)撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 Year Month Day
		(3)肺 Lungs	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(4)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired

4. 検査 Laboratory test

(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count
		/cmm	血色素量 Hemoglobin
			gm/dl
			貧血 Anemia

5. 現在治療中の病気 Disease currently being treated

<input type="checkbox"/> 無し No	<input type="checkbox"/> 有り Yes	⇒ 病名 () Disease
-----------------------------------	------------------------------------	---------------------

6. 既往症 Past illness/disorder

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".

- | | | |
|--|---|--|
| <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 Renal 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 |
| <input type="checkbox"/> 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities | <input type="checkbox"/> 無し None | |

7. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health

(1)現在の健康状態 The general state of the applicant's health
<input type="checkbox"/> 優 Excellent <input type="checkbox"/> 良 Good <input type="checkbox"/> 可 Fair <input type="checkbox"/> 要精密検査 Requires further testing
(2)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? 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?
<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No

日付(年月日)
Date(Y/M/D)

署名
Signature

医師氏名
Physician's name in print

検査施設名
Office/Institution

所在地
Address

電話番号
Phone No.