

外国人留学生用

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。

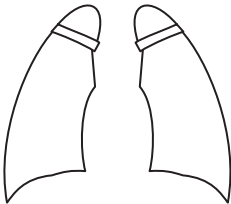
CERTIFICATE OF HEALTH (for 2027)

(to be completed by the examining physician)

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

| | | | |
|--------------|--|-----------------------|---------------------|
| 氏名 Name | Surname 姓 | Given name 名 | Middle name ミドルネーム |
| 性別 Gender | <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female | 生年月日 Date of Birth | 年 月 日 yyyy mm dd |

| | | | | |
|------------------------------|--|-------------------------------|--|--|
| 1. 身体検査 Physical examination | | | | |
| (1)身長 Height | cm | (2)体重 Weight | kg | |
| (3)血圧 Blood pressure | mmHg~ mmHg | (4)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- | |
| (5)脈拍 Pulse | <input type="checkbox"/> 整 Regular /min <input type="checkbox"/> 不整 Irregular | (7)色覚異常の有無 Color blindness | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired | |
| (6)視力 Eyesight Value | 裸眼 Without glasses | 右/R 左/L | (8)聴力 Hearing | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |
| | 矯正 With glasses or contact lenses | 右/R 左/L | (9)言語 Speech | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired |

| | | | |
|--|---|--|--------------------------------------|
| 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 yyyy mm dd | フィルム番号 Film No. | |
|  | (1) 肺 Lungs | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired | |
| | (2) 心臓 Cardiomegaly | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired | → (4)へ Go to (4) → (3)へ Go to (3) |
| | (3) 心電図 Electrocardiograph | <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired | |
| | (4) 胸部X線所見 Comment for the chest X-ray | | |

| | |
|--|--|
| 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 |
| 該当するものにチェックし、完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「なし」にチェックすること。 If it's applicable, tick <input checked="" type="checkbox"/> and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, tick "None of below". | <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 <input type="checkbox"/> 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities |

| | | | |
|---|---|--|---------|
| 5. ワクチン接種歴 Vaccination History | 接種済みの場合、接種回数を記入 If already vaccinated, indicate the number of vaccinations | Time(s) | Time(s) |
| <input type="checkbox"/> MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Zoster) | | <input type="checkbox"/> Hepatitis B | |
| <input type="checkbox"/> MMR (Measles, Mumps, Rubella) | | <input type="checkbox"/> Chicken pox | |
| <input type="checkbox"/> MR (Measles, Rubella) | | <input type="checkbox"/> Meningitis | |
| <input type="checkbox"/> M (Measles) | | <input type="checkbox"/> Polio | |
| <input type="checkbox"/> Mumps | | <input type="checkbox"/> Diphtheria Pertussis Tetanus combined | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------|--------------|--|---------------|--|--------------------|--|-------------------------|-----------|-------|-------------------|------|--------------------|-------|--------------|--|
| 6. 検査 Laboratory tests | (1) 尿検査 Urinalysis | 糖 Glucose | <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive | 蛋白 Protein | <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive | 潜血 Occult blood | <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive | (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 | <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive |
| (3) 肝機能検査 LFT | GPT (ALT) | IU/l | GOT (AST) | IU/l | γ-GTP | IU/l | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| 7. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health | |
| (1) 総評 Overall impression | |
| (2) 継続的治療・投薬の必要性がありますか。 Is there a need for regular treatment and medication? | <input type="checkbox"/> なし No <input type="checkbox"/> 必要あり Yes → (1)へ記入 Fill in (1) |
| (3) 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 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。Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not tick "YES", the Embassy will NOT accept the application. |

| | |
|-------------------------------|----------------|
| 医師署名 Physician's Signature | 日付 Date |
| 検査施設名 Office/Institution | 所在地 Address |