

□特別選抜〈外国人留学生（Ⅰ期～Ⅳ期）〉用

健康診断書（2026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 2026)

(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

☐A ☐B ☐AB ☐O ☐RH+ ☐RH-

(5)脈拍  
Pulse

☐ 整 Regular  
/min ☐ 不整 Irregular

(7)色覚異常の有無  
Color blindness

☐ 正常 Normal  
☐ 異常 Impaired

(6)視力  
Eyesight Value

裸眼 Without glasses 右/R 左/L  
矯正 With glasses or contact lenses 右/R 左/L

(8)聴力  
Hearing

☐ 正常 Normal  
☐ 異常 Impaired

(9)言語  
Speech

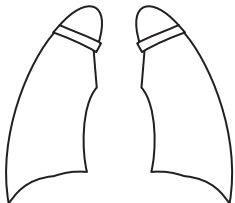
☐ 正常 Normal  
☐ 異常 Impaired

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

☐ 正常 Normal  
☐ 異常 Impaired

(2)心臓 Cardiomegaly

☐ 正常 Normal → (4)へ Go to (4)  
☐ 異常 Impaired → (3)へ Go to (3)

(3)心電図 Electrocardiograph

☐ 正常 Normal  
☐ 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

☐ 無 No ☐ 有 Yes (病名 Name of disease : )

4. 既往症  
Past illness/disorder

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 ☒ and fill in the date of recovery/under treatment.  
If NOT contracted any of them in the past, tick "None of below".

☐ なし None of below  
☐ 結核 Tuberculosis  
☐ マラリア Malaria  
☐ その他感染症 Other communicable disease  
☐ てんかん Epilepsy  
☐ 腎疾患 Kidney disease  
☐ 心疾患 Heart disease  
☐ 糖尿病 Diabetes  
☐ 薬剤アレルギー Drug allergy  
☐ 精神疾患 Psychosis  
☐ 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

<input type="checkbox"/> MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Zoster)	Time(s)	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	Time(s)
<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

☐ Negative ☐ Positive

蛋白 Protein

☐ Negative ☐ Positive

潜血 Occult blood

☐ Negative ☐ 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

☐ Negative ☐ 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?

(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充分に留学に耐えうるものと思えますか？  
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?

☐ はい Yes ☐ 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