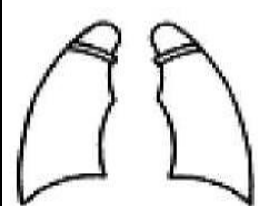


氏名 Name		Family name		First name		Middle name			
性別 Gender		<input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> 男 Male		生年月日 Date of Birth					
1.身体検査 Physical Examination									
(1) 身長 Height:		cm		(2) 体重 Weight:		kg			
(3) 血液型 Blood Type:		<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB Rh: <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		(4) 血圧 Blood pressure:		～ mm/Hg			
(5) 脈拍 Pulse:		/min <input type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular		(6) 色覚異常の有無 Color blindness:		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired			
(7) 視力 Eyesight:		裸眼 右/R 左/L <small>Without glasses</small>		(8) 聴力 Hearing:		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired			
		裸眼 With glasses 右/R 左/L <small>or contact lenses</small>		(9) 言語 Speech:		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired			
2.申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。X線検査の日付も記入すること（6ヶ月以上前の検査は無効。） Please describe the result of physical and X-ray examination of the applicant, including the date of X-ray examination. (X-rays taken more than six months prior to the certification are NOT valid.)									
		撮影年月日 Date of X-ray		フィルム番号 Film No.:					
		(1) 肺 Lungs:		<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		(2) 心臓肥大 Cardiomegaly: <input type="checkbox"/> 正常 Normal → Go to (4) <input type="checkbox"/> 異常 Impaired → 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 Describe the condition of applicant's lungs:							
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 Medical History (該当するものにチェックし、完治時期/治療中を記入すること。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 the applicable items and indicate the recovery date / ongoing treatment*. If NOT contracted any of them in the past, tick "None of below".		<input type="checkbox"/> なし None of below				* Please indicate the recovery date / ongoing treatment below, if applicable.			
		<input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> マラリア Malaria				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> その他感染症 Other communicable disease				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> 腎疾患 Kidney disease				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> 心疾患 Heart disease				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー Drug allergy				(Date: _____)			
		<input type="checkbox"/> 精神疾患 Psychosis				(Date: _____)			
<input type="checkbox"/> 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities				(Date: _____)					
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, specify the number of vaccinations.				Time(s)				Time(s)	
		<input type="checkbox"/> MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Varicella)				<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) 検尿 Urinalysis		尿糖 Glucose <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		尿蛋白 Protein <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		尿潜血 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 /μL		血色素量 Hemoglobin g/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 Write your impression of the applicant's health below. If you do not have a particular opinion, please write as such.									
継続的治療・投薬の必要性がありますか？ Is there a medical necessity for continued treatment or medication?						<input type="checkbox"/> なし No <input type="checkbox"/> 必要あり Yes → Fill in the above			
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 long-term 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。 Please be sure to tick either "YES" or "NO".			
医 師 署 名 Physician's Signature					日 付 Date				
検 査 施 設 名 Office / Institution					所 在 地 Address				