健康診断書

（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

(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	□ 男 Male □ 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 yyyy mm dd

1．検査結果 Examination Report

(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3) 視力 Eyesight	裸眼 Without glasses (右) (R) (左) (L)	(4)聴力 Hearing	□ 正常 Normal □ 異常 Impaired
	矯正 With glasses or contact lenses (右) (R) (左) (L)	(5)言語 Speech	□ 正常 Normal □ 異常 Impaired

(6) 尿検査 Urinalysis	糖 glucose		蛋白 protein		潜血 occult blood	

(7)胸部聴診及びX線検査（６ヶ月以内） Physical and Chest X-ray examination within six months
Chest X-ray can be omitted if the results were negative for TB skin test (TST) or blood test (IGRA)

胸部エックス線検査 Physical and Chest X-ray examinations of the chest within six months

胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	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 □ 異常 Impaired
	異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	□ 正常 Normal □ 異常 Impaired

ツベルクリン反応検査または血液検査 TB skin test (TST) or blood test (IGRA) within six months

□ TST □ IGRA	Date: / /
□ Negative □Positive	(Year) (month) (Day)

2．現在治療中の病気 Disease currently being treated
□ 無 No □ 有 Yes ：If yes, state the Disease Name 病名

3．既往症 Past illness/disorder	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
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 the applicant did NOT contract in the past any of the listed diseases, please check only “None”.	□Tuberculosis 結核		□Malaria マラリア	
	□Other communicable disease その他感染症		□Epilepsy てんかん	
	□Kidney disease 腎疾患		□Heart disease心疾患	
	□Diabetes 糖尿病		□Drug/Food allergy 薬剤/食物アレルギー	
□ None 無し	□Psychosis 精神疾患		□Functional disorder in the extremities 四肢機能障害	

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

Does the applicant need regular medication or treatment? □ 無 No □ 有 Yes If yes, please describe below.

Does the applicant have any physical or mental conditions that may limit her ability to study abroad? □ 無 No □ 有 Yes If yes, please describe below.

Other special remarks

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? **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われますか？** □ YES（はい） □ NO（いいえ） ※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", FWU will NOT accept the application. 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は申請を受理できません。	日付 Date	
	医師署名 Physician's Signature	
	検査施設名 Office/Institution	
	所在地 Address	