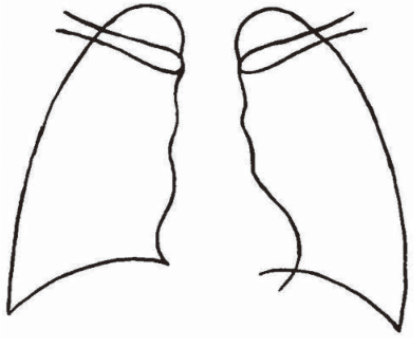


健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH

(医師に記入してもらうこと) (to be completed by the examining physician)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

ふりがな 氏名 Name		男 male 女 female	☐ ☐	生年月日 Date of birth	年 月 日 Year Month Day
胸部X線検査 Chest X-ray	撮影年月日 Date of examination	年 月 日 Year Month Day	所見 Findings 1. なし ☐ None 2. あり ☐ (詳細:) Yes details 判定 Interpretation 1. 異常なし ☐ 2. 要観察 ☐ 3. 要医療 ☐ Normal Observation recommended Medical attention recommended		
主な既往歴 Past medical history	1. 特筆すべきものなし ☐ 2. あり ☐ [病名: Disease] None Yes				
結核の既往歴 Past history of tuberculosis	1. なし ☐ 2. あり ☐ → 治療終了 ☐ (終了時期 年 月) None Yes Treatment completed [Date of treatment completion: (Year/Month)] 治療中 ☐ Under treatment				
現在治療中の病気 Disease treated at present	1. 特筆すべきものなし ☐ 2. あり ☐ [病名: Disease] None Yes				
その他の所見・特記事項 other					
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学業を十分に続けられ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 his/her health status is adequate to pursue studies? 「いいえ」の場合、詳細を記入してください If no, please specify [				はい ☐ Yes いいえ ☐ No	
上記の通り診断します。 年 月 日 Year Month Day 名称 (Office/Institution) 所在地 (Address) 電話 (tel.) 医師の署名 (Physician's Signature)					