Form D

健康診断書

CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

この様式を使用し日本語又は英語により明瞭に記載すること。
Please use this format and fill out (PRINT) in Japanese or English.

氏名 Name: _____ _____ _____
Family name, First name Middle name

□男 Male □女 Female

生年月日 Date of Birth: _____

1．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（３ヶ月以上前の検査は無効。）
Please describe the results of physical and X-ray examinations of the applicant's chest X-rays (X-rays taken more than three months prior to the certification are NOT valid).

□正常 Normal
□異常 Abnormal
(Description: _____)

健康診断書については7月頃にお知らせします。
We will inform you about health certificate around July.

Date :
Film No. :

2．現在治療中の病気 □Yes
(Disease _____) Disease currently being treated
Disease currently being treated □No

3．既往歴と予防接種
Past history and vaccinations

Measles and rubella	麻しん Measles	風しん Rubella／German Measles
既往？ Past history?	□Yes □No □不明 Unknown (. .)	□Yes □No □不明 Unknown (. .)
予防接種（２回以上）？ Vaccination (more than twice)?	□Yes □No □不明 Unknown (. .)(. .)	□Yes □No □不明 Unknown (. .)(. .)
No または不明の場合は、志願者は任意の予防接種を受けるべきです。 If No or Unknown, the applicant is recommended to be vaccinated.		

その他の既往歴
If there is a past history, please check and fill in the date of recovery.
Tuberculosis.....□(. .) Epilepsy.....□(. .) Food allergy.....□(. .)

4．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？
In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her mental and physical health status is adequate to pursue studies in Japan?

Yes □ No □

日付 Date: _____ 署名 Signature: _____

医師氏名
Physician's Name in Print : _____

検査施設名
Office/Institution: