

健康診断書 (2027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 2027)

(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. 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	(8)聴力 Hearing	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	
	矯正 With glasses or contact lenses	右/R 左/L	(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	

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	☐ 図の他1 Other disease name ()	
	☐ マラリア Malaria	☐ 図の他2 Other disease name ()	
	☐ その他感染症 Other communicable disease	☐ 図の他3 Other disease name ()	
	☐ てんかん Epilepsy	☐ 図の他4 Other disease name ()	
	☐ 腎疾患 Kidney disease	☐ 図の他5 Other disease name ()	
	☐ 心疾患 Heart disease	☐ 図の他6 Other disease name ()	
	☐ 糖尿病 Diabetes		
	☐ 薬剤アレルギー Drug allergy		
	☐ 精神疾患 Psychosis (Depression, Anxiety, ADHD, OCD etc)		
☐ 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		Time(s)		Time(s)
	☐ MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Zoster)		☐ Hepatitis B	
	☐ MMR (Measles, Mumps, Rubella)		☐ Chicken pox	
	☐ MR (Measles, Rubella)		☐ Meningitis	
	☐ M (Measles)		☐ Polio	
	☐ Mumps		☐ 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?	☐ なし No ☐ 必要あり Yes → (1)へ記入 Fill in (1)
(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 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