

東京福祉大学  
Tokyo University of Social Welfare  
健康診断書 (医師が記入のこと)

CERTIFICATE OF HEALTH (to be filled out by physician)

氏名  男 Male 生年月日 国籍  
Name:  女 Female Date of birth: Nationality:  
現住所  
Address:

1. 身長(Height) cm, 体重(Weight) kg,	聴力(Hearing)	血圧(Blood pressure)
視力(Eyesight)	左(Light)	/ mmHg
裸眼(Without glasses) 矯正(With glasses)	左(Light)	
左(Left) /	右(Right)	
右(Right) /		
血液型(Blood type) ツベルクリン反応(Tuberculin reaction)		
, RH 陰性(Negative)..... <input type="checkbox"/> 陽性(Positive)..... <input type="checkbox"/> 不明・未受診..... <input type="checkbox"/>		

2. 既往症について、ある場合はチェックし、その罹患時の年齢を記入してください。  
History of past illness(if any, indicate it with your age of contraction)


結核 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	マラリア <input type="checkbox"/> __歳(Age)	リウマチ <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Tuberculosis	Malaria	Rheumatic fever
てんかん <input type="checkbox"/> __歳(Age)	腎疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	心臓疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Epilepsy	Kidney diseases	Cardiac diseases
糖尿病 <input type="checkbox"/> __歳(Age)	アレルギー <input type="checkbox"/> __歳(Age)	その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> __歳(Age)
Diabetes	Allergy	Other communicable diseases

3. 現在、病気があればチェックしてください。  
Present condition(if any, indicate it )

扁桃腺、鼻又は咽喉..... <input type="checkbox"/>	心臓又は血管 ..... <input type="checkbox"/>
Tonsils, Nose or Throat	Heart or Blood Vessels 胃又は消
化器官 ..... <input type="checkbox"/>	泌尿生殖器官 ..... <input type="checkbox"/>
Stomach or Digestive System	Genito-Urinary System
脳又は神経組織 ..... <input type="checkbox"/>	血液又は内分泌器官 ..... <input type="checkbox"/>
Brain or Nervous System	Blod or Endocrine System 肺又
は呼吸器官 ..... <input type="checkbox"/>	骨、関節又は運動器官..... <input type="checkbox"/>
Lungs or Respiratory System	Bones, Joints or Locomotor System
その他内臓器官 ..... <input type="checkbox"/>	皮膚 ..... <input type="checkbox"/>
Other Abdominal Organs	Skin

4. エックス線検査 Chest X-ray examination

健康...Normal  
要観察...to be rechecked  
要医療...  
Require medical treatment



撮影年月日  
Date of examination

所見  
(Describe the condition of applicant's lungs)

5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。  
I diagnose that the applicant's health and physical condition is:  
優..... 良..... 可..... 不可.....  
Excellent Good Fair Poor

6. 本人の健康状況は日本留学に支障がないかどうか。  
Do you think the applicant's condition is good enough for him/ her to study in Japan?  
可... 不可...  
Yes No

7. その他特記事項  
Any other remarks

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。  
I hereby certify the above diagnosis.

署名  
Signature: \_\_\_\_\_  
氏名・資格  
Name & Title: \_\_\_\_\_  
検査施設名  
Institution: \_\_\_\_\_  
所在地  
Address: \_\_\_\_\_

診断年月日  
Date: \_\_\_\_\_

