

健康診断証明書 (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 _____
 Name in full _____ 女 Female Date of birth ____/____/____
 国籍 _____ 支弁者氏名 _____
 Nationality _____ Sponsor name _____

1. 身長(Height) _____ c m 体重(Weight) _____ k g 胸囲(Girth of chest) _____ c m 視力(Eyesight) : 左(Left) _____ 右(Right) _____ 聴力(Healing) : 左(Left) _____ 右(Right) _____ 色神(Color-blindness) : <input type="checkbox"/> 正常(Normal) / <input type="checkbox"/> 異常(Abnormal)		
2. 既往症について、ある場合は□にチェックし、その罹患時の年齢を記入してください。 History of past illness: (if any, please 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 <input type="checkbox"/> ____歳(Age) Diabetes Allergy Others		
3. 現在、病気があればチェックしてください。 Present condition: (if any, please indicate.) 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 <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 Blood 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…… <input type="checkbox"/> Normal 要観察… <input type="checkbox"/> to be rechecked 要医療… <input type="checkbox"/> 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、本人の健康状態は次の通りである。 I diagnose that the applicant's health and physical conditions are; 優…… <input type="checkbox"/> 良…… <input type="checkbox"/> 可…… <input type="checkbox"/> 不可…… <input type="checkbox"/> Excellent Good Fair Poor		7. その他特記事項 Any other remarks;
6. 本人の健康状態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 Yes…… <input type="checkbox"/> 不可 No…… <input type="checkbox"/>		

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 Physician's signature;

氏名 Physician's name;

住所 Physician's address;



診断年月日

松戸国際学院

Date; _____

Matsudo International School