

健康診断書 (2026年度版)

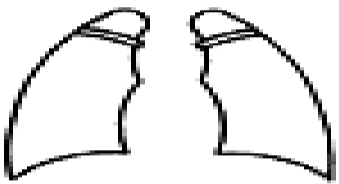
(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH (for 2026)

(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	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5)脈拍 Pulse	<input type="checkbox"/> 整 Regular /min <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(6)視力 Eyesight Value	裸眼 Without glasses	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	矯正 With glasses or contact lenses	(9)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	(2)心臓 Cardiomegaly	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	→ (4)へ Go to (4) → (3)へ Go to (3)
	(3)心電図 Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes (病名 Name of disease :)
--	--

4. 既往症 Past illness/disorder	<input type="checkbox"/> なし None of below
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 <input checked="" type="checkbox"/> and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, tick "None of below".	<input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> マラリア Malaria <input type="checkbox"/> その他感染症 Other communicable disease <input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy <input type="checkbox"/> 腎疾患 Kidney disease <input type="checkbox"/> 心疾患 Heart disease <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー Drug allergy <input type="checkbox"/> 精神疾患 Psychosis <input type="checkbox"/> 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities

5. ワクチン接種歴 Vaccination History		Time(s)		Time(s)
接種済みの場合、接種回数を記入 If already vaccinated, indicate the number of vaccinations	<input type="checkbox"/> MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Zoster)		<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
	<input type="checkbox"/> MMR (Measles, Mumps, Rubella)		<input type="checkbox"/> Chicken pox	
	<input type="checkbox"/> MR (Measles, Rubella)		<input type="checkbox"/> Meningitis	
	<input type="checkbox"/> M (Measles)		<input type="checkbox"/> Polio	
	<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Diphtheria Pertussis Tetanus combined	

6. 検査 Laboratory tests							
(1)尿検査 Urinalysis	糖 Glucose	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	蛋白 Protein	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	潜血 Occult blood	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> なし No <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> いいえ No 必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。Please be sure to check either "YES" or "NO".

医師署名 Physician's Signature		日付 Date	
検査施設名 Office/Institution		所在地 Address	