

健康診断書（2024年度版）

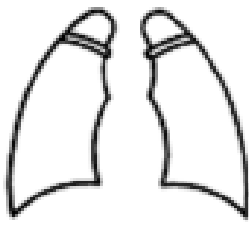
(医師に記入してもらうこと)

日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH (for 2024)

(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. 検査結果 Examination Report			
(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L)	(4)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(5)言語 Speech	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(6)尿検査 Urinalysis	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood
(7)胸部聴診及びX線検査（6ヶ月以内） Physical and Chest X-ray examination within six months Chest X-ray can be omitted if the results were negative for TB skin test (TST) or blood test (IGRA).			
胸部エックス線検査 Physical and Chest X-ray examinations of the chest within six months			
	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	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
	異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
ツベルクリン反応検査または血液検査 TB skin test (TST) or blood test (IGRA) within six months			
<input type="checkbox"/> TST <input type="checkbox"/> IGRA		Dat / /	
<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		(Year) (month) (Day)	

2. 現在治療中の病気 Disease currently being treated		<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease				
3. 既往症 Past illness/disorder	✓	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	✓	病名Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".		結核 Tuberculosis			マラリア Malaria	
		その他感染症 Other communicable disease			てんかん Epilepsy	
		腎疾患 Kidney disease			心疾患 Heart disease	
		糖尿病 Diabetes			薬剤/食物アレルギー Drug/Food allergy	
<input type="checkbox"/> 無し None		精神疾患 Psychosis			四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

4. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health	
Does the applicant need regular medication or treatment? If yes, please describe.	
Does the applicant have any physical or mental conditions that may limit her ability to study abroad? If yes, please describe.	
Other special remarks	

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? 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るものと思われますか？ <input type="checkbox"/> YES (はい) <input type="checkbox"/> NO (いいえ) ※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", FWU will NOT accept the application. 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は申請を受理できません。	日付 Date	
	医師署名 Physician's Signature	
	検査施設名 Office/Institution	
	所在地 Address	