CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)

Please fill out (PRINT/TYPE) in English.

Name: _____, _____ □Male □Female
Family name First name Middle name

Date of Birth: ____/____/____(M/D/Y) Age: _____

1. Physical Examination

(1) Height: _____cm Weight: _____kg

(2) Blood pressure: _____～_____mm/Hg Pulse: □regular □irregular

(3) Eyesight: Without glasses (R) _____ (L) _____ With glasses or contact lenses (R) _____ (L) _____

(4) Hearing: □normal □impaired Speech: □normal □impaired

(5) Lungs: □normal □impaired

Heart: □normal □impaired → Electrocardiograph: □normal □impaired

2. Chest X-ray examinations (Record within 6 months)

Date _____

Describe the condition of applicant's lungs.

_____

3. Urinalysis : glucose ( ) protein ( ) occult blood ( )

4. Under medical treatment at present : □No □Yes → Conditions/particulars : _____

Physical disability : □No □Yes → Conditions/particulars : _____

5. Past history : Please indicate with ＋ or －.

Tuberculosis : ( )	Malaria : ( )	Other infectious disease : ( )
Epilepsy : ( )	Psychosis : ( )	Kidney disease : ( )
Heart disease : ( )	Lung disease : ( )	Gastrointestinal disease : ( )
Thyroid disease : ( )	Collagen disease : ( )	Diabetes mellitus : ( )
Drug allergy : ( )	Others : _____	

6. Status of immunization

Varicella : Indicate the date of varicella vaccine or a physician documented history of varicella or serologic evidence of immunity.

History of Varicella : Yes_____No_____Date of diagnosis :_____/_____/_____

Immunization : Date 1:_____/_____/_____ Date 2:_____/_____/_____

Antibody Titer : Date:_____/_____/_____ Result:_____(copy attached)

Rubella : Indicate the date of rubella vaccine or a physician documented history of Rubella or serologic evidence of immunity.

History of Rubella : Yes_____No_____Date :_____/_____/_____

Immunization : Date:_____/_____/_____

Antibody Titer : Date:_____/_____/_____ Result:_____(copy attached)

Measles : Indicate the date of measles vaccine or a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Measles : Yes_____No_____Date :_____/_____/_____

Immunization : Date 1:_____/_____/_____ Date 2:_____/_____/_____

Antibody Titer : Date:_____/_____/_____ Result:_____(copy attached)

Mumps : Indicate the date of measles vaccine or a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Mumps : Yes_____No_____Date :_____/_____/_____

Immunization : Date 1:_____/_____/_____ Date 2:_____/_____/_____

Antibody Titer : Date:_____/_____/_____ Result:_____(copy attached)

For field work activities Pertussis : Indicate the date of Tdap vaccine(tetanus, diphtheria, pertussis).

Immunization : Date:_____/_____/_____ (within 5 Years)

For medical field activities Hepatitis B : Indicate the date of hepatitis B vaccine, or a physician documented serologic evidence of immunity.

Immunization : Date 1:_____/_____/_____Date 2:_____/_____/_____Date 3:_____/_____/_____

Antibody Titer : Date:_____/_____/_____ Result:_____(copy attached)

7. The applicant's health status is adequate to pursue studies in Japan.

□ YES □ NO

8. Additional comments. If he/she needs special supports, please describe in detail below.

Signature :_____Date : _____

Physician's Name (Print) : _____

Office/Institution : _____

Address : _____

Phone : _____ Fax : _____

E-mail address : _____

健康診断書

明瞭に記載すること

氏名 _____, _____ □男 □女

姓 名

生年月日 _____ 年齢 _____

1. 身体検査

(1) 身 長 _____cm 体 重 _____kg

(2) 血 圧 _____ ～ _____mm/Hg 脈拍 □整 □不整

(3) 視 力 裸眼(R) _____ (L) _____ 矯正(R) _____ (L) _____

(4) 聴 力 □正常 □低下 言 語 □正常 □異常

(5) 肺 □正常 □異常

心臓 □正常 □異常 → 心電図 □正常 □異常

2. 胸部X線検査 (6ヶ月以内の検査のみ有効)

撮影日 _____

所見_____

3. 尿検査 : 糖 ( ), たんぱく ( ), 潜血 ( )

4. 現在治療中の病気 □ 無 □ 有 (病名・詳細)

障がいの有無 □ 無 □ 有 (詳細)

5. 既往症(それぞれに＋またはーを記入して下さい)

結核 :( )	マラリア :( )	その他の感染症 :( )
てんかん :( )	精神疾患 :( )	腎疾患 :( )
心疾患 :( )	肺疾患 :( )	消化器疾患 :( )
甲状腺疾患 :( )	膠原病 :( )	糖尿病 :( )
薬剤アレルギー :( )	その他 : _____	

6. 予防接種歴

水痘 ： 水痘罹患歴、水痘ワクチン2回接種歴または水痘抗体価を記入してください
　水痘罹患歴 ： 有＿＿＿＿無＿＿＿＿　　日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　予防接種 ： 接種日１回目:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿接種日２回目:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　抗体価 ： 日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿ 結果 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(複写を添付のこと)

風疹 ： 風疹罹患歴、風疹ワクチン2回接種歴または風疹抗体価を記入してください
　風疹罹患歴 ： 有＿＿＿＿無＿＿＿＿　　日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　予防接種 ： 接種日:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　抗体価 ： 日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿ 結果 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(複写を添付のこと)

麻疹 ： 麻疹罹患歴、麻疹ワクチン接種歴または麻疹抗体価を記入してください
　麻疹罹患歴 ： 有＿＿＿＿無＿＿＿＿　　日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　予防接種 ： 接種日１回目:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿接種日２回目:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　抗体価 ： 日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿ 結果 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(複写を添付のこと)

流行性耳下腺炎: 流行性耳下腺炎罹患歴、流行性耳下腺炎ワクチン2回接種歴または流行性耳下腺炎抗体価を記入してください
　流行性耳下腺炎罹患歴 ： 有＿＿＿＿無＿＿＿＿　　日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　予防接種 ： 接種日１回目:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿接種日２回目:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿
　抗体価 ： 日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿ 結果 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(複写を添付のこと)

【フィールド活動をする学生】破傷風: 破傷風ワクチン接種歴を記入してください
　予防接種 ： 接種日:＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿（５年以内）

【医療実習をする学生】B型肝炎: B型肝炎ワクチン3回接種歴またはB型肝炎抗体価を記入してください
　予防接種 ： 接種日1回目:＿＿＿／＿＿＿／＿＿＿接種日2回目:＿＿＿／＿＿＿／＿＿＿接種日3回目:＿＿＿／＿＿＿／＿＿＿
　抗体価 ： 日付 ： ＿＿＿＿／＿＿＿＿／＿＿＿＿ 結果 ： ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(複写を添付のこと)

7. 志願者健康状態について
　□留学に耐えうる　　□留学に支障あり

8. 特記すべき事項(特に支援が必要な場合は、具体的に明記して下さい)

医師氏名(自筆): ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　日　付: ＿＿＿＿＿＿＿＿

検査施設名: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所 在 地: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

T E L: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ＦＡＸ: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Eメール: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿