

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	TANAKA Surname 姓	PEPA Given name 名	Middle name ミドルネーム
性別 Gender	<input checked="" type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	2001年 01月 01日 yyyy mm dd

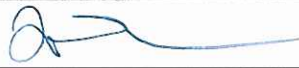
1. 身体検査 Physical examination			
(1)身長 Height	180 cm	(2)体重 Weight	80 kg
(3)血圧 Blood pressure	120 mmHg ~ 80 mmHg	(4)血液型 Blood type	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input checked="" type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5)脈拍 Pulse	<input checked="" type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(6)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(8)聴力 Hearing	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
	-0.4 (L) -0.4	(9)言語 Speech	<input checked="" 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)			
	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	2024年 01月 01日 yyyy mm dd
	NORMAL	フィルム番号 Film No.	111 1111 111
		(1)肺 Lungs	<input checked="" 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	

3. 現在治療中の病名 Disease currently being treated		<input checked="" type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease			
4. 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".	<input checked="" type="checkbox"/>	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		薬剤アレルギー Drug allergy	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	無し None		精神疾患 Psychosis	
				四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

5. 検査 Laboratory tests								
(1)尿検査 Urinalysis:	糖 glucose	NO	蛋白 protein	NO	潜血 occult blood	NEGAT.		
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	4 mm/Hr	白血球数 WBC count	4.4 /cmm	血色素量 Hemoglobin	140 gm/dl	貧血 Anemia	NO
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	0.4 (IU/l)	GOT (AST)	0.4 (IU/l)	γ-GTP	0.4 (IU/l)		

6. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health 継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。 Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.		HEALTHY
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------

7. 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うるものと思われますか? <input checked="" 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", the Embassy 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、大使館は申請を受理しません。	日付 Date	2024. 01. 01
	医師署名 Physician's Signature	
	検査施設名 Office/Institution	MUDr. Tereza Svobodova
	所在地 Address	Nemocnice Klinika 123 Praha 100 00

+važitko