

健康診断書

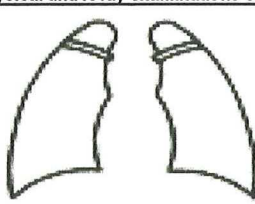
(医師に記入してもらうこと)
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH

(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

氏名 Name	姓 Family name	名 Given name	ミドルネーム Middle name
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day

1. 身体検査 Physical examination	
(1)身長 Height	cm
(2)体重 Weight	kg
(3)血圧 Blood pressure	mmHg ~ 65 mmHg
(4)血液型 Blood type	Unknown <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 checked="" type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular 60/min
(6)視力 Eyesight	裸眼 (右) (左) normal normal With glasses or contact lenses (R) (L)
(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(8)聴力 Hearing	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
(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
 Physical exam of lungs and heart is normal	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

3. 現在治療中の病気 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".	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	
	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 none	蛋白 protein none	潜血 occult blood none
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR 24 mm/Hr	白血球数 WBC count 5900 /cmm	血色素量 Hemoglobin 13.0 gm/dl
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT) 16 (IU/l)	GOT (AST) 18 (IU/l)	γ-GTP 13 (IU/l)

6. 医師の診断・意見 継続的治療・投薬、その他問題がない場合も、その旨ご記入ください。 Physician's impression of the applicant's health Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such.	My patient is in good general health and free of infectious disease.
--	--

7. 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?	はい Yes <input checked="" type="checkbox"/>	いいえ No <input type="checkbox"/>
---	--	---------------------------------

日付 Date	年 月 日 Year 02 Month 15 Day	医師署名 Physician's Signature
検査施設名 Office/Institution	所在地 Address	

Dr. med. Friedel Bütler
Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Hausärztliche Versorgung -
Markelstraße 61, 12163 Berlin
Tel.: (030) 79 111 00
Fax: (030) 79 337 58
72 83900