

## 健康診断書 (2022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 2022)

(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

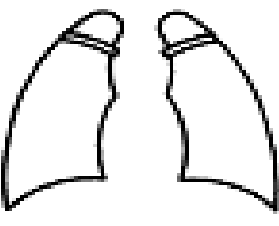
## 1. 身体検査

## 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 <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	裸眼 (右) (左) Without glasses (R) (L) 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (L)	(8)聴力 Hearing	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired
		(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)

	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

## 3. 現在治療中の病気

## Disease currently being treated

☐ 無 No ☐ 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".✓ 無し  
None結核  
Tuberculosis  
その他感染症  
Other communicable disease  
腎疾患  
Kidney disease  
糖尿病  
Diabetes精神疾患  
Psychosisマラリア  
Malaria  
てんかん  
Epilepsy  
心疾患  
Heart disease  
薬剤アレルギー  
Drug allergy四肢機能障害  
Functional disorder in the  
extremities

## 5. 検査

## Laboratory tests

(1)尿検査 Urinalysis	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm
(3)肝機能検査 LFT	ESR (ALT)	GOT (AST)	γ-GTP
	(IU/ l )	(IU/ l )	(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.

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せんか？☐ YES (はい)☐ 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、FWU  
は申請を受理しません。

日付

Date

医師署名

Physician's Signature

検査施設名

Office/Institution

所在地  
Address