

## Yamagata University Certificate of Health

( to be completed by the examining physician)

## 山形大学健康診断書

Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

日本語または英語により明記すること。

氏 名

Name: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Surname) (Name(s))

男 Male

女 Female

生年月日 Date of Birth: \_\_\_\_\_

年齢 Age: \_\_\_\_\_

## 1. 身体検査 Physical Examinations

(1) 身 長 \_\_\_\_\_ cm 体 重 \_\_\_\_\_ kg  
Height: \_\_\_\_\_ cm Weight: \_\_\_\_\_ kg(2) 血 圧 \_\_\_\_\_ mm/Hg~ \_\_\_\_\_ mm/Hg  
Blood pressure: \_\_\_\_\_ mm/Hg~ \_\_\_\_\_ mm/Hg血液型 Blood Type: 

A	B	O	AB
---	---	---	----

RH	+
	-

 脈 拍 整 regular  
Pulse: 不整 irregular(3) 視 力 \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_  
Eyesight: \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_ (R) \_\_\_\_\_ (L) \_\_\_\_\_  
裸眼 without glasses 矯正 With glasses or contact lenses色覚異常の有無 正常 normal  
colour blindness: 異常 impaired(4) 聴 力 正常 normal 言 語 正常 normal  
Hearing: 異常 impaired Speech: 異常 impaired

## 2. 申請者の胸部について、聴診とX線検査の結果を記入してください。

X線検査の日付も記入すること。(6ヶ月以上前の検査は無効)

Please describe the results of X-ray examination of applicant's chest.

(X-ray taken more than 6 months prior to this certification is NOT valid.)

肺 Lung: 正常 normal  
異常 impaired心臓 Heart: 正常 normal  
異常 impaired

異常がある場合

心電図 Electrocardiograph: 正常 normal  
異常 impaired

Date \_\_\_\_\_

Film No. \_\_\_\_\_

3. 現在治療中の病気 Current diseases:

Yes (Disease: \_\_\_\_\_)  
No

---

4. 既往症 Past history: Please indicate with + or - and fill in the date of recovery

- ・ 結核 Tuberculosis... ( . . )      ・ マラリア Malaria... ( . . )
  - ・ その他の感染症 Other infectious diseases... ( . . )
  - ・ てんかん Epilepsy... ( . . )      ・ 腎臓病 Kidney disease ( . . )
  - ・ 心臓疾患 Heart Diseases... ( . . )      ・ 糖尿病 Diabetes... ( . . )
  - ・ 薬物アレルギー Drug Allergy... ( . . )      ・ 精神病 Psychosis... ( . . )
  - ・ 四肢の機能異常 Functional Disorder in extremities... ( . . )
- 

5. 検査 Laboratory tests

- ・ 検 尿  
Urine test: 糖 glucose( ), タンパク質 protein( ), 潜血 occult blood( )
  - ・ 赤 沈      白血球      貧血 anemia  
ESR: \_\_\_\_\_ mm/Hr,      WBC count: \_\_\_\_\_ /cmm,
  - ・ ヘモグロビン      トランスアミナーゼ  
Hemoglobin: \_\_\_\_\_ /cmm,      GPT: \_\_\_\_\_
- 

6. 診察医の印象を述べてください。 Examining physician's impression:

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 results stated above, do you judge his/her health status as adequate to pursue studies in Japan?      Yes      No

日付 Date: \_\_\_\_\_      署名 Signature: \_\_\_\_\_

医師氏名 Physician's Name in print: \_\_\_\_\_

検査施設名 Office/Institution: \_\_\_\_\_

所在地 Address: \_\_\_\_\_