

Yamagata University Certificate of Health  
(to be completed by the examining physician)  
山形大学健康診断書

Please fill out 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) (other 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 Pulse  整 regular  不整 irregular

(3) 視力 Eyesight :       (R)      (L)      ,       (R)      (L)        
裸眼 without glasses 矯正 With glasses or contact lenses

色覚異常の有無 colour blindness :  正常 normal  異常 impaired

(4) 聴力 Hearing  正常 normal  異常 impaired 言語 Speech  正常 normal  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 か月以上前の検査は無効)  
Please describe the results of applicant's chest X-ray.  
(X-rays taken more than 6 months prior to this certification are 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... ( . . )
- ・その他の感染症 Other infectious diseases... ( . . )
- ・てんかん Epilepsy... ( . . )
- ・心臓疾患 Heart Diseases... ( . . )
- ・薬物アレルギー Drug Allergy... ( . . )
- ・四肢の機能異常 Functional Disorder in extremities... ( . . )
- ・マラリア Malaria... ( . . )
- ・腎臓病 Kidney disease... ( . . )
- ・糖尿病 Diabetes... ( . . )
- ・精神病 Psychosis... ( . . )

5. 検査 Laboratory tests

・検尿

Urine test : 糖 glucose( ), タンパク質 protein( ), 潜血 occult blood( )

・赤沈

ESR : \_\_\_\_\_mm/Hr,

白血球

WBC count : \_\_\_\_\_/cmm,

貧血 anemia

ヘモグロビン

Hemoglobin : \_\_\_\_\_/cmm,

トランスアミナーゼ

GPT : \_\_\_\_\_

6. 診察医が診た印象を述べてください。Examining physician's overall 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 : \_\_\_\_\_