

健康診断書（2025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 2025)

(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		☐ 男 Male ☐ 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

☐A ☐B ☐AB ☐O ☐RH+ ☐RH-

(5)脈拍
Pulse

☐ 整 Regular
/min ☐ 不整 Irregular

(7)色覚異常の有無
Color blindness

☐ 正常 Normal
☐ 異常 Impaired

(6) 視力
Eyesight Value

裸眼 Without glasses 右/R 左/L
矯正 With glasses or contact lenses 右/R 左/L

(8)聴力
Hearing

☐ 正常 Normal
☐ 異常 Impaired

(9)言語
Speech

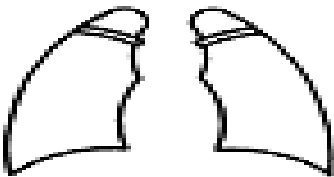
☐ 正常 Normal
☐ 異常 Impaired

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)

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

☐ 正常 Normal
☐ 異常 Impaired

(2) 心臓 Cardiomegaly

☐ 正常 Normal → (4)へ Go to (4)
☐ 異常 Impaired → (3)へ Go to (3)

(3) 心電図 Electrocardiograph

☐ 正常 Normal
☐ 異常 Impaired

(4) 胸部X線所見
Comment for the chest X-ray

3. 現在治療中の病気
Disease currently being treated

☐ 無 No ☐ 有 Yes（病名 Name of disease : ）

4. 既往症
Past illness/disorder

該当するものにチェックし、完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「なし」にチェックすること。

If it's applicable, tick ☒ and fill in the date of recovery/under treatment.
If NOT contracted any of them in the past, tick "None of below".

☐ なし None of below

☐ 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. ワクチン接種歴
Vaccination History

接種済みの場合、接種回数を記入
If already vaccinated, indicate the number of vaccinations

Time(s)

☐ MMRV (Measles, Mumps. Rubella, Zoster)

Time(s)

☐ Hepatitis B

Time(s)

☐ MMR (Measles, Mumps. Rubella)

Time(s)

☐ Chicken pox

Time(s)

☐ MR (Measles, Rubella)

Time(s)

☐ Meningitis

Time(s)

☐ M (Measles)

Time(s)

☐ Polio

Time(s)

☐ Mumps

Time(s)

☐ Diphtheria Pertussis Tetanus combined

Time(s)

6. 検査 Laboratory tests

(1) 尿検査
Urinalysis

糖 Glucose

☐ Negative
☐ Positive

蛋白 Protein

☐ Negative
☐ Positive

潜血 Occult blood

☐ Negative
☐ Positive

(2) 貧血検査
Anemia test

赤沈 ESR

mm/Hr

白血球数 WBC count

/cmm

血色素量 Hemoglobin

gm/dl

貧血 Anemia

☐ Negative
☐ Positive

(3) 肝機能検査
LFT

GPT (ALT)

IU/ l

GOT (AST)

IU/ l

γ-GTP

IU/ l

7. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health

(1) 総評
Overall impression

(2) 継続的治療・投薬の必要性がありますか。
Is there a need for regular treatment and medication?

☐ なし No ☐ 必要あり Yes → (1)へ記入 Fill in (1)

(3) 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 ☐ いいえ No

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。Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not tick "YES", the Embassy will NOT accept the application.

医師署名
Physician's Signature

検査施設名
Office/Institution

日付
Date

所在地
Address