

## 健康診断書 (2026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 2026)

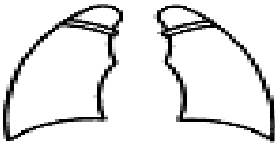
(to be completed by the examining physician)  
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

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 /min <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 Value	裸眼 Without glasses 右/R 左/L 矯正 With glasses or contact lenses 右/R 左/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)

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	→ (4)へ Go to (4) → (3)へ Go to (3)
	(3) 心電図 Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> マラリア Malaria	
<input type="checkbox"/> その他感染症 Other communicable disease	
<input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy	
<input type="checkbox"/> 腎疾患 Kidney disease	
<input type="checkbox"/> 心疾患 Heart disease	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes	
<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー Drug allergy	
<input type="checkbox"/> 精神疾患 Psychosis	
<input type="checkbox"/> 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)		Time(s)
<input type="checkbox"/> MMRV (Measles, Mumps, Rubella, Zoster)		<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> MMR (Measles, Mumps, Rubella)		<input type="checkbox"/> Chicken pox	
<input type="checkbox"/> MR (Measles, Rubella)		<input type="checkbox"/> Meningitis	
<input type="checkbox"/> M (Measles)		<input type="checkbox"/> Polio	
<input type="checkbox"/> Mumps		<input type="checkbox"/> Diphtheria Pertussis Tetanus combined	

## 6. 検査 Laboratory tests

(1) 尿検査 Urinalysis	糖 Glucose	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	蛋白 Protein	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	潜血 Occult blood	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> なし No <input type="checkbox"/> 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充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?	<input type="checkbox"/> はい Yes <input type="checkbox"/> 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	日付 Date
検査施設名 Office/Institution	所在地 Address