

\* 医師が記入のこと(日本語か英語で記入)  
To be completed by the physician  
(Please write in either Japanese or English.)

様式6 (Form6)

## 健康診断書 Certificate of Health

出願者氏名 \_\_\_\_\_  
Name of Applicant  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
Date of Birth Year Month Day

性別 ☐ 男 Male  
Gender ☐ 女 Female

1	身長 Height	cm	視力	右(R)	矯正視力	右(R)
	体重 Weight	kg	Eyesight	左(L)	With Glasses	左(L)

2 既往症がある場合は詳しく書いてください。  
Please give full details of the applicant's medical history.

3 慢性疾患や身体的障害等の診断事項について書いてください。  
Please give a detailed description of the diagnosis of any disease, including chronic ailments, or physical disabilities, if any.

4 アレルギー  
Allergies



5 エックス線 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal  
X-Ray Diagnosis

6 この出願者の健康状態は、日本留学に支障のない状態でしょうか。  
How is the general state of this applicant's health for the pursuit in Japan as an international student?

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 良い状態である  | Excellent                                 |
| <input type="checkbox"/> 特に不安はない  | Adequate                                  |
| <input type="checkbox"/> やや注意を要する | With prudence probably no serious problem |
| <input type="checkbox"/> 不安がある    | Doubtful                                  |

診断の結果、上記の通りに相違ないことを証明します。  
I hereby certify the above diagnosis is correct.

医師名 \_\_\_\_\_  
Name of Physician (Please print)

診断機関名 \_\_\_\_\_  
Name of Clinic or Hospital

電話番号 \_\_\_\_\_  
Phone Number

住所 \_\_\_\_\_  
Address

署名 \_\_\_\_\_ 診断日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
Signature Date of Examination Year Month Day