

健康診断書 CERTIFICATE OF HEALTH

医師が記入のこと（日本語と英語の両方で明瞭に記載すること）

To be completed by the physician (Please fill out in Japanese AND English.)

| | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|--|
| 氏名 Name | 姓 Family name | 名 Given name | | |
| 生年月日 Date of Birth | 年 月 日 Year Month Day | 性別 Sex | <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female | |
| 1. 身体検査 Physical Examinations | | | | |
| 身長 Height | cm | 体重 Weight | Kg | |
| 血圧 Blood pressure | mm/Hg ~ mm/Hg | 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- | |
| 脈拍 Pulse | <input type="checkbox"/> 整 Regular | 視力 Eyesight | 裸眼 Without glasses 左L: 右R: | |
| | <input type="checkbox"/> 不整 Irregular | | 矯正 With glasses or contact lenses 左L: 右R: | |
| 2. 胸部聴診及びX線検査 Physical and X-ray examinations on the chest | | | | |
|  | | 胸部 X線所見 Describe the condition of lungs | 撮影年月日 Date of X-ray | |
| 3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated | | <input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes: 病名 Disease | | |
| 4. 既往症 Past history 既往症がある場合は詳しく書いて下さい。Please give full details of the applicant's medical history. | | | | |
| 5. 検査 Laboratory tests | | | | |
| 尿検査 Urinalysis | 糖 glucose | 蛋白 protein | 潜血 occult blood | |
| 6. 医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health 継続的治療・投薬、その他問題がない場合もその旨ご記入ください。 Please write if the applicant needs regular medication or treatment. If you do not have a particular opinion, please write as such. | | | | |
| 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 above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Mexico? <input type="checkbox"/> はいYES <input type="checkbox"/> いいえNO | | 日付 Date | | |
| | | 医師署名 Physician's Signature | | |
| | | 検査施設名 Office/Institution | | |
| | | 所在地 Address | | |