

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	☐ 男 Male ☐ 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	☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ PH+ ☐ PH-	
脈拍 Pulse	☐ 整 Regular		視力 Eyesight	裸眼 Without glasses 左 L: 右 R:	
	☐ 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			☐ 無 No ☐ 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? ☐ はい YES ☐ 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		