

健康診断証明書

※

氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 齢	歳
現住所			電話番号	

※明瞭に記載すること

1. 身 長： cm		体 重： kg		BMI：	
血 圧： ～ mm/Hg		脈 拍： ☐ 整 ☐ 不整			
視 力： 裸眼視力(R) (L)		・ 矯正視力(R) (L)			
聴 力： ☐ 正常 ☐ 低下		言 語： ☐ 正常 ☐ 異常			
肺： ☐ 正常 ☐ 異常		心 臓： ☐ 正常 ☐ 異常 → 心電図 ☐ 正常 ☐ 異常			
2. 胸部X線検査（6ヶ月以内の検査のみ有効）			3. 尿検査： 糖（ ） たんぱく（ ） 潜血（ ）		
 撮影日 所見			4. 現在治療中の病気 ☐ 無 ☐ 有 （病名・詳細） 障がいの有無 ☐ 無 ☐ 有 （詳細）		
5. 既往症（それぞれに＋または－を記入して下さい）					
結 核：（ ） マラリア：（ ） その他の感染症：（ ） てんかん：（ ）					
精 神 疾 患：（ ） 腎 疾 患：（ ） 心 疾 患：（ ） 肺 疾 患：（ ）					
消 化 器 疾 患：（ ） 甲状腺疾患：（ ） 膠 原 病：（ ） 糖 尿 病：（ ）					
薬剤アレルギー：（ ） そ の 他：					
6. 予防接種歴					
水痘：水痘罹患歴、水痘ワクチン2回接種歴または水痘抗体価を記入してください					
水痘罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____					
予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____					
抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____					
風疹：風疹罹患歴、風疹ワクチン2回接種歴または風疹抗体価を記入してください					
風疹罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____					
予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____					
抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____					
麻疹：麻疹罹患歴、麻疹ワクチン接種歴または麻疹抗体価を記入してください					
麻疹罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____					
予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____					
抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____					
流行性耳下腺炎：流行性耳下腺炎罹患歴、流行性耳下腺炎ワクチン2回接種歴または流行性耳下腺炎抗体価を記入して下さい					
流行性耳下腺炎罹患歴：有 _____ 無 _____ 日付： _____ / _____ / _____					
予防接種：接種日1回目： _____ / _____ / _____ 接種日2回目： _____ / _____ / _____					
抗体価：日付： _____ / _____ / _____ 結果： _____					
7. 本人の健康状態について			9. その他の特記事項		
☐ 優 ☐ 良 ☐ 可 ☐ 不可					
8. 本人の健康状況は留学に支障がないかどうか					
☐ 留学に耐えうる ☐ 留学に支障あり					

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する

医師氏名（署名・捺印）

診断年月日：

㊟

医療機関名：

所在地：

TEL：