

# 健康診断書

コウブンインターナショナル

Koubun International

Japanese Language School

Certificate of Health

※注意：健康診断は6か月以内のものに限る

※Note: Certificate of Health must have been issued within 6 months of the date of submission

氏名

Name:

男性 Male

女性 Female

生年月日

Date of Birth:

年

Year

月

Month

日


Day

国籍

Nationality:

現住所

Current Address:

身長 Height _____ cm	体重 Weight _____ kg	血液型 Blood Type A B AB O RH + -																										
視力 Eyesight 裸眼 Without glasses / 矯正 With glasses 左 Left _____ / 右 Right _____ /	聴力 Hearing 左 Left _____ 右 Right _____																											
色覚 Color blindness <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	尿検査 Urinalysis タンパク Protein - + + 潜血 Occult blood - + + 糖 Glucose - + +																											
血圧 Blood pressure 最高 Sys. _____ 最低 Dia. _____	X線検査 X-ray examination <input type="checkbox"/> 直接 Direct <input type="checkbox"/> 間接 Indirect 所見 Remarks 																											
血液検査 <table border="1"><tr><td>血液一般 Blood Test</td><td>赤血球数 RBC</td><td>_____ <math>\mu</math>l</td></tr><tr><td></td><td>白血球数 WBC</td><td>_____ <math>\mu</math>l</td></tr><tr><td></td><td>ヘモグロビン Hgb</td><td>_____ g/dl</td></tr><tr><td></td><td>ヘマトクリット Hct</td><td>_____ %</td></tr><tr><td>糖代謝 Glyco -metabolism</td><td>空腹時血糖 (食後時間) FBG (After Meal)</td><td>_____ mg/dl ( _____ 時間 hour)</td></tr><tr><td></td><td>HbA1c(NGSP) HbA1c</td><td>_____ %</td></tr><tr><td>肝機能 Liver Function</td><td>AST(GOT)</td><td>_____ IU/l</td></tr><tr><td></td><td>ALT(GPT)</td><td>_____ IU/l</td></tr><tr><td></td><td><math>\gamma</math>-GTP</td><td>_____ IU/l</td></tr></table>	血液一般 Blood Test	赤血球数 RBC	_____ $\mu$ l		白血球数 WBC	_____ $\mu$ l		ヘモグロビン Hgb	_____ g/dl		ヘマトクリット Hct	_____ %	糖代謝 Glyco -metabolism	空腹時血糖 (食後時間) FBG (After Meal)	_____ mg/dl ( _____ 時間 hour)		HbA1c(NGSP) HbA1c	_____ %	肝機能 Liver Function	AST(GOT)	_____ IU/l		ALT(GPT)	_____ IU/l		$\gamma$ -GTP	_____ IU/l	現在治療中の病気 Present illness being treated _____ ( _____ 年 _____ 月から ) From _____ year _____ month
血液一般 Blood Test	赤血球数 RBC	_____ $\mu$ l																										
	白血球数 WBC	_____ $\mu$ l																										
	ヘモグロビン Hgb	_____ g/dl																										
	ヘマトクリット Hct	_____ %																										
糖代謝 Glyco -metabolism	空腹時血糖 (食後時間) FBG (After Meal)	_____ mg/dl ( _____ 時間 hour)																										
	HbA1c(NGSP) HbA1c	_____ %																										
肝機能 Liver Function	AST(GOT)	_____ IU/l																										
	ALT(GPT)	_____ IU/l																										
	$\gamma$ -GTP	_____ IU/l																										
その他 <table border="1"><tr><td>B型肝炎抗原</td><td>Hepatitis virus B antigen</td><td>_____</td></tr><tr><td>B型肝炎抗体</td><td>Hepatitis B antibody</td><td>_____</td></tr><tr><td>C型肝炎抗体</td><td>Hepatitis C antibody</td><td>_____</td></tr><tr><td>HIV抗体</td><td>HIV antibody</td><td>_____</td></tr><tr><td>QFT検査</td><td>QuantiFERON</td><td>_____</td></tr></table>	B型肝炎抗原	Hepatitis virus B antigen	_____	B型肝炎抗体	Hepatitis B antibody	_____	C型肝炎抗体	Hepatitis C antibody	_____	HIV抗体	HIV antibody	_____	QFT検査	QuantiFERON	_____	既往症 Past illnesses _____ ( _____ 才 ) Age _____ ( _____ 才 ) Age												
B型肝炎抗原	Hepatitis virus B antigen	_____																										
B型肝炎抗体	Hepatitis B antibody	_____																										
C型肝炎抗体	Hepatitis C antibody	_____																										
HIV抗体	HIV antibody	_____																										
QFT検査	QuantiFERON	_____																										
現在の健康状況は日本留学に支障がないかどうか The applicant's current health condition is adequate to pursue studies in Japan. <input type="checkbox"/> 支障なし Adequate <input type="checkbox"/> 支障あり Inadequate	その他特記事項 Other remarks																											

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明いたします

I hereby certify the above diagnosis to be true.

診断年月日

Date of Diagnosis

年

Year

月

Month

日

Day

診断機関名 および 住所

Institution Name and Address

診断医師 氏名

Name of Physician

署名

Signature

病院公印

Official Seal of Institution

印

Seal (if applicable)