## CERTIFICATE OF HEALTH 健康診断書[This form has to be filled out by a physician.]

Name of Applicant:				Sex					
申請者氏名:	• •					Age 歳	Date of Birt	:h 生年月日 /	
Present Address:				M.カ	F. 女		Blood Type	/ 	
現住所:							A B O AE		
Dietary Restrictions d	ue to Re	ligious o	r Physic	al Reas	ons :				
宗教的又は身体的理由で制	限すべき食	きべもの:							
Height 身長			CM		Weight 体重		kg		
Blood Pressure 血圧	Sve	/Dia.	mmHor	Pulse	Rate		□Reg. 整脈	<b></b> n <b>-</b> -	
Reflexes 反射	Pupil		<u> </u>	□Abno	<u>`</u>	/m Knee	□ Irreg. 不惠		
Refrexes 反别	<del></del>	瞳孔: rs 他(			rman nal, □A		膝:□Normal	, LIADHOTII	
Fyeeight 担士:							earing 聴力:		
without glasses	, ,			Color-Blindness 色盲:       Yes( )			Left 左 ;		
(with glasses 矯正)(	) /	)/( )		No			Right 右 ;		
. Anamnesis 既往症:									
(Indicate with "+"	if vo	u find anv	disease	e or abi	normalit	tv. or wi	th "–" if n	ot.)	
Tuberculosis 結核		aria マ					ole Diseases 他		
Rheumatism リウマチ		er Disease				y てんか			
Asthma ぜんそく	Car	Cardiac Disease 心臓病			Allergy	y アレルギー			
Diabetes 糖尿病	Kid	Kidney Disease 腎臓病			Nervous	or Menta	or Mental Disorder 精神の障害		
2.Present Conditions 現る	在の体調	: ("+",	, for an	y disea	ise or a	bnormali	ty, "-", if	not any.)	
Skin 皮膚		Venereal			Pregnancy 妊娠				
Stomach or Digestive Sys	tem	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			stem	Bones	, Joints or Lo	comotor	
胃・消化器系		肺・呼吸器系					m 骨・関節・選		
Tonsils, Nose or Throat		Genitourinary Sys			! !		Abdominal Organs		
のど・鼻 Heart or Blood Vessels	_	泌尿器系	o Cyata			,内臓 or Endocrine	Custom		
neart or blood vessels		Brain or 脳・神経系	s syste	1		or Endocrine 分泌系	System		
心臓・血管	- 1		· ·			ш/Х	73 72:71	<u> </u>	
心臓・血管 Nervous or Mental Dis	order 3								
Nervous or Mental Dis		精神の障害	ve 1& 2.	please	describ	e each o	lisease in det	ail (pleas	
Nervous or Mental Dis B. If you marked "+" the back side of this shoor impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。 I. Chest X-ray examinat	to any o eet), and ・2で"+" ion 胸部	精神の障害 f the abov d if the ap がある場合に WX線検査	plicant は各症状の	is phys <del>詳細</del> を、ā	sically   また、申請	hand i cap 者に身体障	ped, describe 書がある場合、その	the abnorm 部位・程度に	
Nervous or Mental Dis B. If you marked "+" the back side of this shoor impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。	to any o eet), and ・2で"+" ion 胸部	情神の障害 f the abov d if the ap がある場合に がある場合に がある場合に がある場合に	oplicant は各症状の :	is phys 詳細を、ā cond	sically   また、申請 itions (	handicap 者に身体障 of appli	ped, describe 書がある場合、その cant's lungs	the abnorm	
Nervous or Mental Dis B. If you marked "+" the back side of this shoor impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。 I. Chest X-ray examinat	to any o eet), and ・2で"+" ion 胸部	精神の障害 f the abov d if the ap がある場合に WX線検査	oplicant は各症状の :	is phys 詳細を、ā cond	sically   また、申請	handicap 者に身体障 of appli	ped, describe 書がある場合、その	the abnorm 部位・程度に	
Nervous or Mental Dis  B. If you marked "+" the back side of this shoor impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。  B. Chest X-ray examinat  DATE of the examin	to any o eet), and ・2で" +" ion 胸部 nation	情神の障害 f the abov d if the ap がある場合に がある場合に がある場合に のある場合に のある場合に のある場合に	pplicant は各症状の : : :h/Year) mental (	is phys 詳細を、a cond	ically   tた、申請 itions ormal,	handicap 者に身体等 of appli 口Abn	ped, describe 書がある場合、その cant's lungs	the abnorm 部位・程度に	
Nervous or Mental Dis  B. If you marked "+" the back side of this she or impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。  Chest X-ray examinat  DATE of the examin / /  The applicant's hea (Please check)  B. Is the applicant phy (Please check)	to any o eet), and ・2で"+" ion 胸部 nation Ith, phy □Ex sically	情神の障害 f the above dif the apove dif the apove dif the apove difference and mental difference diff	pplicant 出格症状の : :: :h/Year) mental (	is phys 詳細を、記 Cond 口No conditi 口Good	itions ormal,	handicap 者に身体摩 of appli 口Abn : cor study	ped, describe 書がある場合、その cant's lungs ormal ( IFair	the abnorm 部位・程度に 胸部の状態	
Nervous or Mental Dis  B. If you marked "+" the back side of this she or impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。  Chest X-ray examinat  DATE of the examin / /   The applicant's hea (Please check)  B. Is the applicant phy (Please check)	to any o eet), and ・2で"+" ion 胸部 nation Ith, phy □Ex sically	情神の障害 f the above dif the apove dif the apove dif the apove difference and mental difference diff	pplicant 出格症状の : :: :h/Year) mental (	is phys 詳細を、記 Cond 口No conditi 口Good	itions ormal,	handicap 者に身体摩 of appli 口Abn : cor study	ped, describe 書がある場合、その cant's lungs ormal ( IFair and travel?	the abnorn 部位・程度に 胸部の状態	
Nervous or Mental Dis  3. If you marked "+" the back side of this she or impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。  4. Chest X-ray examinat DATE of the examin / /  5. The applicant's hea (Please check)  6. Is the applicant phy	to any o eet), and ・2で"+" ion 胸部 nation Ith, phy □Ex sically	情神の障害 f the above dif the apove dif the apove dif the apove difference and mental difference diff	pplicant 出格症状の : :: :h/Year) mental (	is phys 詳細を、記 Cond 口No conditi 口Good	itions ormal,	handicap 者に身体摩 of appli 口Abn : cor study	ped, describe 書がある場合、その cant's lungs ormal ( IFair and travel?	the abnorn 部位・程度に 胸部の状態	
Nervous or Mental Dis  3. If you marked "+" the back side of this she or impairment. 上記 1 この紙の裏面にご記入ください。  4. Chest X-ray examinat	to any o eet), and ・2で"+" ion 胸部 nation Ith, phy □Ex sically	情神の障害 f the above dif the apove dif the apove dif the apove difference and mental difference diff	pplicant 出格症状の : :: :h/Year) mental (	is phys 詳細を、ā Cond □No conditi □Good	itions ormal, ons are	handicap 者に身体摩 of appli 口Abn : cor study	ped, describe 書がある場合、その cant's lungs ormal ( IFair and travel? □Yes	the abnorn 部位・程度に 胸部の状態	

\*関西国際センターで裏面も含め本書を詳しく確認し、追加質問が生じた場合は改めてご連絡いたします。 In case *the Japan Foundation Japanese Language Institute, Kansai* has any additional question on this sheet, officer in charge of your country would contact the applicant or the doctor.

3.	If you marked "+" to any of the above 1& 2, please describe each disease in detail, and if the applicant is physically handicapped, describe the abnormality or impairment.
	上記 1・2 で" +"がある場合には各症状の詳細を、また、申請者に身体障害がある場合、その部位・程度について、こちらへご記入ください。
	the applicant has any allergy or any anamnesis; アレルギーや既往症がある場合; Will the applicant bring medicines for emergency? 申請者は薬を持参しますか?
	□Yes ( ) □No
•	Which medical department do we need to take him/her, in case allergic reaction occurs? (In this case it is NOT covered by our overseas travel insurance.) アレルギー反応があったときは、何科を受診したらよいですか? (既往症は海外旅行保険の対象外です)
•	First aid / dealing in case of emergency (if any); 急な発症の際の応急処置・対処法;
•	Any notice or advice for safe stay in Japan; 安全な日本滞在のための留意点・アドバイス;