Attached Form 2 (Associated with No. 4 Item 3)

**CERTIFICATE OF HEALTH (to be completed by the examining physician)**

Please have this form filled out (PRINT/TYPE) in English and have the boxes □ marked 󠄀✓ as appropriate by a physician.

 Name (Full spell):

□Male　 □Female

Date of Birth: (MM / DD / YYYY)

Age:

1. Physical Examination

 (1) Height:　　　　　　 cm Weight:　　　　　　 kg

 (2) Blood pressure: 　　　　　　～ 　　　　 mm/Hg 　　Pulse: □regular □irregular

 (3) Eyesight: (R) (L) 　□without □With glasses or contact lenses

 (4) Hearing: □normal □impaired

(5) Speech: □normal □impaired

 (6) Lungs: □normal □abnormal

(7) Heart: □normal □abnormal → Electrocardiograph ( )

2. Chest X-ray examinations

Date (within 3 months)

Condition of applicant's lungs:

 ( )

3. Urinalysis : glucose ( ) protein ( ) occult hematuria ( )

4. Past history or present illness

 □ Tuberculosis □ Malaria □ Other infectious disease

 □ Epilepsy □ Psychosis □ Kidney disease

 □ Heart disease □ Lung disease □ Gastrointestinal disease

 □ Thyroid disease □ Collagen disease □ Diabetes mellitus

 □ Drug allergy □ Food allergy

 □ Others ( )

5. Under medical treatment at present : □No □Yes

Conditions/particulars ( )

 Physical disability : □No □Yes

Conditions/particulars ( )

6. Status of immunization : Serologic evidence of immunity, a physician-documented history of disease, or record of two doses of vaccines should be provided.

Chicken Pox/Varicella :

History of Varicella : No Yes → Date : / /

Immunization : Date 1 : / / Date 2 : / /

Titer measurement : Date : / / Result : (EIA(IgG)･IAHA)

Rubella : History of Rubella : No Yes → Date : / /

Immunization : Date 1 : / / Date 2 : / /

Titer measurement :Date : / / Result : (EIA(IgG)･HI)

Measles : History of Measles : No Yes → Date : / /

Immunization : Date 1 : / / Date 2 : / /

Titer measurement : Date : / / Result : (EIA(IgG)･PA)

Mumps : History of Mumps : No Yes → Date : / /

Immunization : Date 1 : / / Date 2 : / /

Titer measurement: Date: / / Result: (EIA(IgG))

Pertussis (for field work participants) :

Tdap (tetanus, diphtheria, pertussis) should have been administered within 5 years.

Immunization : Date : / /

Hepatitis B (for medical field participants) : Record of three doses of B vaccines, or physician-documented serologic evidence of immunity should be provided.

Immunization : Date 1: / / Date 2: / / Date 3: / /

Titer measurement : Date : / / Result : (EIA・CLIA・CLEIA)

7. In view of the applicant's history and the above findings, is the applicant’s health status is adequate to pursue activities including study and research in Japan?

 ⃞ YES ⃞ NO

8. If the applicant needs special supports, describe in detail.

( )

Signature : Date :

Physician's Name (Print) :

Office/Institution :

Address :

Phone : Fax :

E-mail address :

**健 康 診 断 書**

別紙様式第２号（第４条第３項関係）

診察担当医が明瞭に記載してください

氏名：

□男　　　□女

生年月日：

年齢：

**1．身体検査**

(1) 身　長　cm　　 体　重　　　　　　　　　　kg

(2) 血　圧　　　　　　　　　　 ～ 　　　　　　　　　 mm/Hg　　　脈拍 □整 □不整

(3) 視　力　　(R)　　　　　　　　　(L)　　　　　　　　　　　 □裸眼 □矯正

(4) 聴　力　　 □正常　　□低下

(5) 言　語　　 □正常　　□異常

(6) 肺　　　　 □正常　　□異常

(7) 心　臓　　 □正常　　□異常 →　心電図　(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

**2．胸部Ｘ線検査**

撮影日 （できる限り最近の撮影を実施のこと。少なくとも3カ月以内）

所見

**3．尿検査** ：　　糖　( 　 ) 　　たんぱく　( 　 ) 　　潜血　(　 )

**4．既往歴または現病歴**

　□ 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 □ 食物アレルギー

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**5．現在治療中の病気**　 □ 無　　　□ 有

(病名・詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

　**障がいの有無**　　　□ 無　　　□ 有

(詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

６．予防接種歴

ワクチン2回接種歴、罹患歴か抗体価の医師による診断のいずれかをもって抗体ありとみなす。

水痘 : 水痘罹患歴 : 無 有 → 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 : (EIA(IgG))

風疹 : 風疹罹患歴 : 無 有 → 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 : (EIA(IgG)･HI)

麻疹 : 麻疹罹患歴 : 無 有 → 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 : (EIA(IgG)･PA)

流行性耳下腺炎:

 流行性耳下腺炎罹患歴 : 無 有 → 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 : (EIA(IgG))

破傷風（フィールド活動を行う場合）: 5年以内の破傷風ワクチン（Tdap）接種を推奨する。

 予防接種 : 接種日: 　/ 　 /

B型肝炎（医療活動を行う場合）: B型肝炎ワクチン3回接種歴、または十分な抗体価をもって抗体ありとみなす。

 予防接種 : 接種日1回目: / 　/　　　接種日2回目: / /　　　接種日3回目: / /

 抗体価 : 日付 : 　 / 　 /　　　 結果 : （EIA・CLEIA・CLIA）

７．申請者の既往歴，診察・検査の結果から，現在の健康の状況は大学生活に耐えうるものと思われますか？

 □問題ない　 　□支障あり

８．特記すべき事項（特に支援が必要な場合は、具体的に明記してください）

医師氏名（自筆）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　 日　付：

検査施設名：

所在地：

T E L： 　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　F A X：

Eメール：