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

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

Please fill out (PRINT/TYPE) in English.

Name:　　　　　　　　　,

Family name

First name Middle name

⃞Male

⃞Female

Date of Birth: / / (M/D/Y)　　　　Age:

1. Physical Examination

(1) Height:　　　　　 cm 　 Weight:　　　　　 kg

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

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

(4) Hearing: ⃞normal ⃞impaired Speech: ⃞normal ⃞impaired

2. Please describe the results of physical and chest X-rays examinations of the applicant's.

No more than 6 months prior to this certification are valid.

Lungs: ⃞normal ⃞impaired

Heart: ⃞normal ⃞impaired → Electrocardiograph: ⃞normal ⃞impaired

←Date Describe the condition of applicant's lungs.

Film No.

3. Under medical treatment at present : ⃞No ⃞Yes → Conditions/particulars :

Physical disability : ⃞No ⃞Yes → Conditions/particulars :

4. Past history : Please indicate with ＋ or －.

Tuberculosis : ( ) Malaria : ( ) Other infectious disease : ( )

Epilepsy : ( ) Kidney disease : ( ) Heart disease : ( )

Diabetes mellitus : ( ) Drug allergy : ( ) Psychosis : ( )

Others : ,

5. Urinalysis : glucose ( ) protein ( )

6. Status of immunization

Chicken Pox/Varicella : Proof of immunity will mean two doses of varicella vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Varicella : Yes No Date : / /

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

Titer : Date: / / Result: (copy attached)

Rubella :Proof of immunity will mean one dose of the rubella vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Rubella : Yes No Date : / /

Immunization : Date: / /

Titer : Date: / / Result: (copy attached)

Measles :Proof of immunity will mean two doses of the measles vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Measles : Yes No Date : / /

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

Titer : Date: / / Result: (copy attached)

Mumps :Proof of immunity will mean two doses of the measles vaccine, a physician documented history of disease or serologic evidence of immunity.

History of Mumps : Yes No Date : / /

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

Titer : Date: / / Result: (copy attached)

Pertussis (For field work activities) :Proof of immunity will mean documentation the Tdap vaccine(tetanus, diphtheria, pertussis), or a physician documented history of disease.

History of Pertussis : Yes No Date : / /

Immunization : Date: / / (within 5 Years)

Hepatitis B (For medical activities) :Proof of immunity will mean Three doses of the hepatitis B vaccine, or a physician documented serologic evidence of immunity.

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

Titer : Date: / / Result: (copy attached)

7. In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue activities in Japan?

⃞ YES ⃞ NO

8. Particulars or additional comments. If he/she needs special supports, please describe in detail.

Signature : Date :

Physician's Name (Print) :

Office/Institution :

Address :

Phone : Fax :

E-mail address :

別紙様式第２号（第４条第３項関係）

**健康診断書**

明瞭に記載すること。

氏名　　　　　　　　　,

　　　　　　　　姓　　　　　　　　　　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　　裸眼(R)　　　　　　　(L)　　　　　　　　　矯正(R)　　　　　　　(L)

　(4) 聴　力　　 □正常　　□低下 言　語　　 □正常　　□異常

２．申請者の胸部について，聴診とＸ線検査の結果を記入してください。Ｘ線検査の日付も記入すること。

　　（６ヶ月以上前の検査は無効)



肺 　 □正常　　□異常

心臓　□正常　　□異常　 　　　心電図　□正常　　□異常

← 撮影日

フィルム番号 所見

３．現在治療中の病気　　□ 無　　　□ 有 (病名・詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

　　しょうがいの有無　　　□ 無　　　□ 有 (詳細　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 )

４．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 ：（　　　） 腎疾患 ：（　　　） 心疾患 ：（　　　）

　　　糖尿病 ：（　　　） 薬剤アレルギー ：（　　　） 精神疾患 ：（　　　）

　　　その他 ：

５．尿検査 ：　　糖　( )， 　　たんぱく　( )

６．予防接種歴

水痘 : 水痘ワクチン2回接種歴、水痘罹患歴か水痘抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

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 : (複写を添付のこと)

風疹 : 風疹ワクチン2回接種歴、風疹罹患歴か風疹抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

風疹罹患歴 : 有 無 　　日付 : 　　 /　　 /

予防接種 : 接種日: 　/ 　 /

抗体価 : 日付 : 　 / 　 /　　　　 結果 : (複写を添付のこと)

麻疹 : 麻疹ワクチン接種歴、麻疹罹患歴か麻疹抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

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 : (複写を添付のこと)

流行性耳下腺炎: 流行性耳下腺炎ワクチン2回接種歴、流行性耳下腺炎罹患歴か流行性耳下腺炎抗体価の医師による診断書のいずれかをもって抗体ありとみなす。

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 : (複写を添付のこと)

破傷風（フィールド活動を行う場合）: 破傷風ワクチン接種歴、または破傷風罹患のいずれかをもって抗体ありとみなす。

破傷風罹患: 有 無 　　日付 : 　　 /　　 /

予防接種 : 接種日: 　/ 　 /　　　　（５年以内）

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B型肝炎抗体価の医師による診断書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 : (複写を添付のこと)

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日本での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、具体的に明記して下さい）

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：