健康診断書（2026年度版）

（医師に記入してもらうこと）
日本語又は英語により明瞭に記載すること。

CERTIFICATE OF HEALTH (for 2026)

(to be completed by the examining physician)
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English.

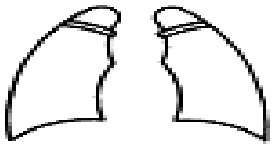
氏名 Name	Surname 姓	Given name 名	Middle name ミドルネーム
性別 Gender	☐ 男 Male ☐ 女 Female	生年月日 Date of Birth	年 月 日 yyyy mm dd

1．身体検査 Physical examination

(1)身長 Height	cm	(2)体重 Weight	kg
(3)血圧 Blood pressure	mmHg～ mmHg	(4)血液型 Blood type	☐A ☐B ☐AB ☐O ☐RH＋ ☐RH－
(5)脈拍 Pulse	/min ☐ 整 Regular ☐ 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
(6) 視力 Eyesight Value	裸眼 Without glasses 右/R 左/L	(8)聴力 Hearing	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
	矯正 With glasses or contact lenses 右/R 左/L	(9)言語 Speech	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired

2．胸部聴診及びX線検査 （6ヶ月以内） Physical and X-ray examinations of the chest (within six months)

撮影年月日 Date of X-ray	年 月 日 yyyy mm dd	フィルム番号 Film No.	



(1) 肺 Lungs	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
(2) 心臓 Cardiomegaly	☐ 正常 Normal → (4)へ Go to (4) ☐ 異常 Impaired → (3)へ Go to (3)
(3) 心電図 Electrocardiograph	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired
(4) 胸部X線所見 Comment for the chest X-ray	

3．現在治療中の病気 Disease currently being treated

☐ 無 No ☐ 有 Yes （病名 Name of disease : ）

4．既往症 Past illness/disorder

該当するものにチェックし、完治時期/治療中を記入、いずれも該当しない場合は「なし」にチェックすること。

If it's applicable, tick ☑ and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, tick "None of below".

☐ なし None of below

☐ 結核 Tuberculosis	
☐ マラリア Malaria	
☐ その他感染症 Other communicable disease	
☐ てんかん Epilepsy	
☐ 腎疾患 Kidney disease	
☐ 心疾患 Heart disease	
☐ 糖尿病 Diabetes	
☐ 薬剤アレルギー Drug allergy	
☐ 精神疾患 Psychosis	
☐ 四肢機能障害 Functional disorder in the extremities	

5．ワクチン接種歴 Vaccination History

接種済みの場合、接種回数を記入
If already vaccinated, indicate the number of vaccinations

	Time(s)		Time(s)
☐ MMRV (Measles, Mumps. Rubella, Zoster)		☐ Hepatitis B	
☐ MMR (Measles, Mumps. Rubella)		☐ Chicken pox	
☐ MR (Measles, Rubella)		☐ Meningitis	
☐ M (Measles)		☐ Polio	
☐ Mumps		☐ Diphtheria Pertussis Tetanus combined	

6．検 査 Laboratory tests

(1) 尿検査 Urinalysis	糖 Glucose	☐ Negative ☐ Positive	蛋白 Protein	☐ Negative ☐ Positive	潜血 Occult blood	☐ Negative ☐ Positive		
(2) 貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	mm/Hr	白血球数 WBC count	/cmm	血色素量 Hemoglobin	gm/dl	貧血 Anemia	☐ Negative ☐ Positive
(3) 肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	IU/ l	GOT (AST)	IU/ l	γ-GTP	IU/ l		

7．医師の診断・意見 Physician's impression of the applicant's health

(1) 総評 Overall impression	
(2) 継続的治療・投薬の必要性がありますか。 Is there a need for regular treatment and medication?	☐ なし No ☐ 必要あり Yes → (1)へ記入 Fill in (1)
(3) **志願者の既往歴、診察・検査の結果から判断して、現在の健康の状況は充分に留学に耐えうるものと思われますか？ In view of the applicant's history and the above findings, is it your observation that his/her health status is adequate to pursue studies in Japan?**	☐ **はい Yes** ☐ **いいえ No** **必ず「はい」又は「いいえ」にチェックしてください。「はい」にチェックがない場合、大使館は申請を受理しません。Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not tick "YES", the Embassy will NOT accept the application.**

医師署名 Physician's Signature		日付 Date	
検査施設名 Office/Institution		所在地 Address	