SAĞLIK FORMU HAZIRLAMA REHBERİ

7- Sağlık Formu

- Orijinal belge mutlaka ıslak imzalı ve doktor kaşeli olmalıdır.

Sağlık formu, İngilizce ya da Japonca doldurulması ve üzerinde imza ve kaşe bulunması koşuluyla her türlü sağlık kurumunda doldurulabilir. Kullanılacak başka bir sağlık raporu formu geçerli olmayacaktır.

Akciğer filmi vb gibi test sonuçlarını eklemeyiniz.

Gözlüklü ve gözlüksüz olarak görme derecesi mutlaka belirtilmelidir. Hiçbir görme bozukluğunuz olmasa dahi görme derecenizin işlenmesi gerekmektedir.

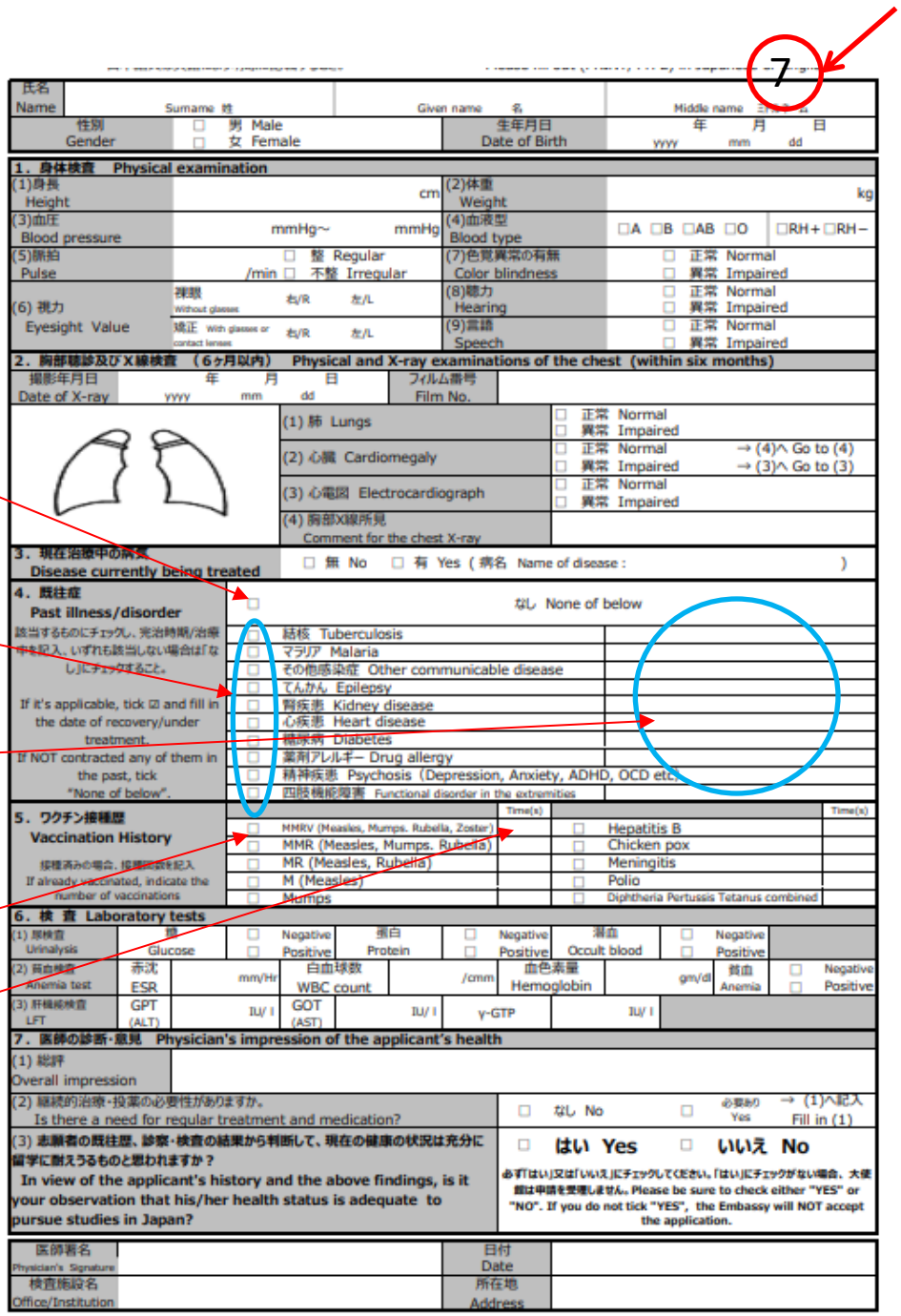
Sağlık formunda 7. (1) kısmına birkaç kelimeyle de olsa izlenim yazılmalı, (2), (3) mutlaka işaretlenmelidir. Lütfen boş bırakılmadığını kontrol ediniz.

4. Maddede sorulan hastalıkları geçirmediyseniz hastalıkların yanındaki kutulara herhangi bir √ işaretleme yapılmamalıdır.

Yalnız «None» kutusu √ işaretlenmelidir.

Gerçirdiyseniz soldaki kutu √ işaretlenmelidir ve sağdaki sütuna iyileşme tarihi ya da tedavinin sürdüğü yazılmalıdır.

5. Maddede listelenen aşılardan olduklarınızın yanındaki kutular √ işaretlemeli ve kaç defa uygulandığı Time(s) sütununa mutlaka yazılmalıdır.



7

氏名 Name — Surname 姓 — Given name 名 — Middle name

性別 Gender: 男 Male / 女 Female

生年月日 Date of Birth: 年 yyyy 月 mm 日 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: 裸眼 Without glasses 右/R 左/L; 矯正 With glasses or contact lenses 右/R 左/L
(8)聴力 Hearing: 正常 Normal / 異常 Impaired
(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 yyyy 月 mm 日 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 / 異常 Impaired → (4)へ Go to (4) / → (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。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 (Depression, Anxiety, ADHD, OCD etc.)
□ 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

あずれか「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