


CERTIFICATE OF HEALTH

Applicant's Name 氏名:		
(Family 姓)	(First 名)	(Middle ミドルネーム)
Date of Birth 生年月日:		Gender 性別: <input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女
(Month 月) (Day 日) (Year 年)		<input type="checkbox"/> Unspecified
Current Address 現住所:		
To Physician: Please provide a medical assessment of the current health condition below. 医師へ：現在の健康状態について下記に記述して下さい。		
1. Physical or mental findings 心身所見	3. X-ray examination 胸部レントゲン検査	
2. Please describe applicant's medical history (e.g. hospitalization, major surgeries, physical disabilities) and ongoing treatment, if any. 志願者に既往歴 (例：入院歴、主な手術、身体障害)、現在治療中の疾患があれば書いて下さい。		
	Date Film No. Lungs 肺 <input type="checkbox"/> Normal 正常 <input type="checkbox"/> Impaired 異常 Describe the condition of applicant's lungs. 所見	
4. Overall condition: Considering the findings above, is the applicant's general state of health sufficient to pursue academic studies in Japan for one semester or one year? If "Not recommended" is selected, please specify the type of medical care required (if applicable) and attach an official medical document for referral to appropriate medical specialists in Okayama. 総合所見：以上を総合して志願者が日本国において 1 年間の学業をするのに十分な健康状態であると考えられますか？「留学を勧めない」を選択した場合は、必要な医療内容（該当する場合）を明記し、岡山での適切な専門医への引き継ぎのため、正式な医療書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> Recommended 留学を勧める <input type="checkbox"/> Not recommended 留学を勧めない		
5. Comments コメント		
I hereby certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge. 私が知りうる限りにおいて上記記載が真正であることを証明する。 Affiliation 所属: Signature 署名: Printed name ブロック体の氏名: Physician's Signature 医師の署名: Date 日付:		