

健康診断書 (2022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 2022)

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

氏名 Name	DE PAOJA	姓 Surname	ELDON	名 Given name	PAREÑAS	ミドルネーム Middle name
性別 Gender	☒ 男 Male	☐ 女 Female	生年月日 Date of Birth	1994 年 09 月 18 日	yyyy	mm dd

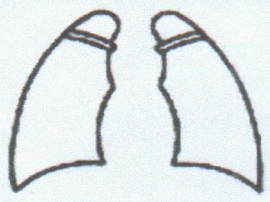
1. 身体検査

Physical examination

(1) 身長 Height	161	cm	(2) 体重 Weight	63	kg
(3) 血圧 Blood pressure	120/80	mmHg	(4) 血液型 Blood type	☒ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☒ RH+ ☐ RH-	
(5) 脈拍 Pulse	64 bpm		(7) 色覚異常の有無 Color blindness	☒ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	
(6) 視力 Eyesight	裸眼 (右) 20/20 (左) 20/20 矯正 (右) (左) With glasses or contact lenses (R) (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)

	胸部X線所見 Describe the condition of lungs.	撮影年月日 Date of X-ray	2024 年 05 月 26 日
	Negative Chest Findings	フィルム番号 Film No.	21-762
	(1) 肺 Lungs	☒ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	
	(2) 心臓 Cardiomegaly	☒ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	
	異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	☐ 正常 Normal ☐ 異常 Impaired	

3. 現在治療中の病気

Disease currently being treated

☐ 無し No ☐ 有 Yes : 病名 Disease

4. 既往症

Past illness/disorder

該当するものにチェックと完治時期/治療中を記入。いずれも該当しない場合は「無し」にチェックすること。 Please check and fill in the date of recovery/under treatment. If NOT contracted any of them in the past, please check "None".	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment	病名 Name	完治時期/治療中 Date of recovery /under treatment
☒	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. 検査

Laboratory tests

(1) 尿検査 Urinalysis	糖 glucose	蛋白 protein	潜血 occult blood
(2) 貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	白血球数 WBC count	血色素量 Hemoglobin
(3) 肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	GOT (AST)	γ-GTP
	32 (IU/l)	11 (IU/l)	02 /hpt
			貧血 Anemia
			none

6. 医師の診断・意見

Physician's impression of the applicant's health

継続的治療・投薬の必要性があればその旨ご記入下さい。

Please fill in if the applicant needs regular medication or treatment.

Essentially Normal Findings
at the time of Exam.

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 studies in Japan? 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十分に留学に耐えうるものと思われますか？

☒ YES (はい)☐ NO (いいえ)

※Please be sure to check either "YES" or "NO". If you do not check "YES", the Embassy will NOT accept the application.

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。

日付

Date

5/27/21

医師署名

Physician's Signature

Elwin Jay V. Yu, M.D.

検査施設名

Office/Institution

Chief of Hospital
License No. 098800

所在地

Address

VSO Hospital
Baybay City, Leyte6521
Philippines