

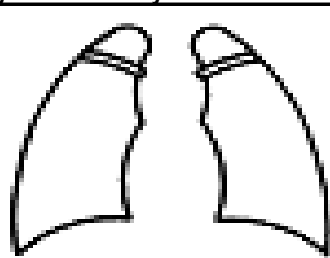
·아래 표시된 부분에 누락 없는지 반드시 본인이 확인 바람.
·아래 기입된 숫자 등은 예시이며 지정된 병원은 없습니다. 본 내용을 검사 가능한 기관은 모두 가능. 또한, 아래 병원 직인이 반드시 필요. 서명은 불가.

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。

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

氏名 Name	HONG	GILDONG	-
性別 Gender	<input checked="" type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of Birth	2000 年 11 月 13 日 yyyy mm dd

1. 身体検査 Physical examination						
(1)身長 Height	175	cm	(2)体重 Weight	80	kg	
(3)血圧 Blood pressure	120	mmHg~	80	mmHg	(4)血液型 Blood type	<input checked="" type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input checked="" type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5)脈拍 Pulse	<input checked="" type="checkbox"/> 整 Regular <input type="checkbox"/> 不整 Irregular	(7)色覚異常の有無 Color blindness	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired			
(6)視力 Eyesight	裸眼 Without glasses	(右) 0.05 (左) 0.15	(8)聴力 Hearing	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired		
	矯正 With glasses or contact lenses	(右) 0.7 (左) 0.8	(9)言語 Speech	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 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	2022 年 1 月 13 日 yyyy mm dd
	Normal	フィルム番号 Film No.	no. 201258
	(1)肺 Lungs	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	(2)心臓 Cardiomegaly	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	
	異常がある場合⇒心電図 If impaired⇒Electrocardiograph	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Impaired	

3. 現在治療中の病気 Disease currently being treated				<input checked="" type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes : 病名 Disease	
4. 既往症 Past illness/disorder		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
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".		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	Negative	蛋白 protein	Negative	潜血 occult blood	Negative
(2)貧血検査 Anemia test	赤沈 ESR	2 mm/Hr	白血球数 WBC count	7.80 /cmm	血色素量 Hemoglobin	14.3 gm/dl
(3)肝機能検査 LFT	GPT (ALT)	15 (IU/ l)	GOT (AST)	18 (IU/ l)	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.		Good Health
---	--	-------------

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えますか? <input checked="" type="checkbox"/> YES (はい) <input type="checkbox"/> 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	2022/1/14
	医師署名 Physician's Signature	HONG NARA
	検査施設名 Office/Institution	SEOUL Hospital
	所在地 Address	Seoul, Jongno-gu, Jongno-gu 88-1, 1001-1

※ 반드시 병원의 직인 / 압인 도장이 찍혀 있어야 함.
※ 의사 서명만으로는 불가.

