This form should be printed for use. Visit a hospital and obtain signature or relevant information from the doctor.
Then, attach a clear scanned copy to the application. The original document should be brought at the time of enrollment and submitted to TLI.

HEALTH CERTIFICATE（健康診断証明書）

Japanese Language Department
Tenrikyo Language Institute

Name of Applicant（氏名）: _____

Date of Birth （生年月日）: ____ / ____ / ____ Nationality（国籍）: _____

Present Address（現住所）: _____

Height（身長）: _____ cm Weight（体重）: _____ kg Sex（性別）: ☐ Male（男） ☐ Female（女）

1. MEDICAL HISTORY （病歴）

Please check the box(es) of the diseases which you have ever contracted, if any.

（下記の病気にかかったことがあれば病名の左の口に ✓印を記すこと）

☐ Tuberculosis（結核） ☐ Poliomyelitis（小児マヒ） ☐ Jaundice（黄疸）

☐ Asthma（喘息） ☐ Neurosis（神経症） ☐ Anemia（貧血）

☐ Cardiac Disease（心疾患） ☐ Psychosis（精神病） ☐ Malnutrition（栄養障害）

☐ Renal Disease（腎疾患） ☐ Rheumatism（リューマチ） ☐ Major Trauma（大きな外傷）

☐ Epidemic or Endemic Disease (e.g., Malaria, Amebic dysentery)（伝染病、またはマラリア、アメーバ赤痢のような風土病）

☐ Others（他）: _____

2. PHYSICAL FINDINGS （現症）

Vision（視力）: Right（右） _____ Left（左） _____

Color Sense（色覚）: _____ Eye Disease（眼疾）: _____

Hearing（聴力）: _____ Ear Disease（耳疾）: _____

Nose, Pharynx & Oral cavity（鼻，咽喉及び口腔粘膜）: _____

Skin（皮膚）: _____ Lymphadenopathy（リンパ節腫張）: _____

Lung (Describe X-ray Findings if any)（胸部X線検査）: _____

_____

Heart（心臓）: _____ Abdomen（腹部）: _____

Bones, Joints, Locomotor System（骨、関節、運動器官）: _____

Other Abnormal Findings（その他身体の異常）: _____

3. GENERAL STATUS : check one （上記のもの診断結果、健康状態は･･･である。）

☐ Excellent（優） ☐ Good（良） ☐ Fair（可） ☐ Poor（不良）

Name of Physician（医師の氏名）: _____

Name of Medical Institution（医療機関名）: _____

Address（住所）: _____

Date（診察日）: ____ / ____ / ____

Signature of Physician（医師署名）: _____