

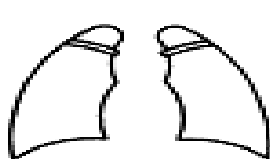
Справка о состоянии здоровья (2025)

(заполняется терапевтом)

Заполняется печатными буквами на английском или японском языке.

ФИО	фамилия	имя	второе имя/отчество
Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Дата рождения	гггг мм дд

1. Медицинский осмотр			
(1) Рост	см	(2) Вес	кг
(3) Кровяное давление	мм рт ст ~ мм рт ст	(4) Группа крови	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH-
(5) Пульс	<input type="checkbox"/> регулярный <input type="checkbox"/> нерегулярный уд/мин	(7) Дальтонизм	<input type="checkbox"/> не имеется <input type="checkbox"/> имеется
(6) Зрение	без очков OD OS в очках или линзах OD OS	(8) Слух	<input type="checkbox"/> нормальный <input type="checkbox"/> с дефектами
		(9) Речь	<input type="checkbox"/> нормальная <input type="checkbox"/> с дефектами

2. Обследование груди и флюорография органов грудной клетки (снимок должен быть не старше 6 месяцев)			
Дата снимка	гггг мм дд	Снимок №.	
	(1) Легкие	<input type="checkbox"/> в норме <input type="checkbox"/> есть патология	
	(2) Сердце	<input type="checkbox"/> в норме <input type="checkbox"/> есть патология	→ к п.(4) → к п.(3)
	(3) ЭКГ	<input type="checkbox"/> в норме <input type="checkbox"/> есть патология	
	(4) Описание состояния легких		

3. Болезнь в настоящее время	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да (название болезни : _____)
------------------------------	--

4. Болезни в прошлом	<input type="checkbox"/> ничего из указанного ниже
Пожалуйста, отметьте заболевания, которыми вы болели в прошлом, и укажите дату выздоровления (или вариант «в процессе лечения», если лечение пока не завершено). Если ранее вы не болели перечисленными заболеваниями, пожалуйста, укажите «нет».	<input type="checkbox"/> туберкулез
	<input type="checkbox"/> малярия
	<input type="checkbox"/> другие инфекционные заболевания
	<input type="checkbox"/> эпилепсия
	<input type="checkbox"/> заболевания почек
	<input type="checkbox"/> сердечные заболевания
	<input type="checkbox"/> диабет
	<input type="checkbox"/> аллергия на лекарственные препараты
<input type="checkbox"/> психоз	
<input type="checkbox"/> функциональные расстройства конечностей	

5.			
	Кол-во		Кол-во
<input type="checkbox"/> MMRV (корь, паротит, краснуха, ветр.оспа)		<input type="checkbox"/> гепатит Б	
<input type="checkbox"/> MMR (_____)		<input type="checkbox"/> ветряная оспа	
<input type="checkbox"/> MR (корь, краснуха)		<input type="checkbox"/> менингит	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> полиомиелит	
<input type="checkbox"/> паротит		<input type="checkbox"/> Tdap (столбняк, дифтерия, коклюш)	

6. Лабораторные анализы			
(1) Анализ мочи	<input type="checkbox"/> " " " " " " <input type="checkbox"/> " " " " " "	<input type="checkbox"/> " " " " " " <input type="checkbox"/> " " " " " "	<input type="checkbox"/> " " " " " " <input type="checkbox"/> " " " " " "
(2)	/ / / /	/ / / /	<input type="checkbox"/>
(3)	/ / / /	/ / / /	<input type="checkbox"/>

7. Мнение врача о состоянии здоровья соискателя	
(1) Общее впечатление	
(2) Нуждается ли соискатель в постоянном медицинском наблюдении или лечении?	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да → заполните п.(1)
(3) Исходя из истории болезни и результатов осмотра соискателя, можно ли считать, что состояние его здоровья достаточно хорошее для того, чтобы проходить обучение в Японии?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Обязательно отметьте "Да" или "Нет". Без отметки "Да" Посольство НЕ примет вашу заявку.

ФИО и подпись врача	Дата
Название учреждения	Адрес учреждения