

- ▶ 記入は病院関係者のみ
- ▶ 必ずローマ字で記入して下さい。

## Certificado Médico - 健康診断書

Nombre y Apellido / 氏名: \_\_\_\_\_

Sexo / 性別:                      Varón / 男性                      Mujer / 女性

Fecha de nacimiento / 生年月日 (日、月、西暦年の順で): \_\_\_\_\_

Domicilio actual / 現住所: \_\_\_\_\_

**Certifico que: él /ella no padece de las siguientes alteraciones:**

- a) Enfermedades que puedan tener repercusiones de salud pública graves de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI).
- b) Drogadicción, alteraciones psíquicas importantes, estados manifiestos de enfermedad psicopática con agitación, "delirium", alucinaciones o psicosis de confusión que pongan en peligro el orden público o la seguridad pública.

証明: 診断の結果、以下のような疾患は認められませんでした。

- a) 国際衛生規則 (IHR) に基づく公衆衛生上に深刻な影響を及ぼす恐れのある疾患。
- b) 公共秩序あるいは社会の安全を害する薬物常習、重大な精神異常、猛烈な興奮状態を伴う精神疾患、譫妄、混乱による幻覚症及び精神疾患。

Fecha de expedición / 発行日: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor/a (sello) / 医師名 (朱肉で押印):

\_\_\_\_\_  
医師印

Nombre del hospital (sello) / 病院名 (病院印を押印):

\_\_\_\_\_  
病院印

Dirección del hospital / 病院住所: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, Japón / 日本

Teléfono del hospital / 病院電話番号: \_\_\_\_\_