

サンプル記入例

MEDICAL EXAMINATION OF VISA APPLICANTS フィリピン国査証申請用 診断書について

以下をご提出ください

1. 所定の診断書 DFA FORM NO.11


添付書類 (英文)

2. 既往歴
3. 診察所見
4. 胸部 x 線検査所見 (CD-R または DVD-R 可)
5. 臨床検査
 - a) 血液検査
 - b) 尿検査
 - c) 便検査
 - d) その他の検査 (必要である場合)
エイズの陰性証明など

サンプル記入例

DFA FORM NO. 11 REVISED UNDER FSC 20-87		写真添付 パスポートサイズ (裏面名前記載)	
FOREIGN SERVICE OF THE PHILIPPINES			
MEDICAL EXAMINATION OF VISA APPLICANTS			
EMBASSY OF THE PHILIPPINES TOKYO	DATE 日付 受診日		
At the request of the Philippine Consul TOKYO		City TOKYO	Country JAPAN
I certify that on the above data I examined			
Name 名前		Age 年齢	Sex 性別
		Citizenship 国籍	
<p>And that under the Philippine Immigration Regulations the applicant should be classified as follows (Encircle the appropriate class)</p> <p>フィリピン入国管理局の法令に従い、申請者を下記に分類してください。 (判定を Class A, Class B, Class C から選び、○で囲んでください)</p> <p>*クラス A, B, C いずれにも当てはまらない場合は、下部の Not physically and mentally defective or diseased に チェックマークを入れてください。</p>			
Class A		<p><u>DANGEROUS CONTAGIOUS DISEASES</u> Chancroid, Gonorrhoea, Granuloma Inguinale, Leprosy (Infectious), Lymphogranuloma Venereum, Syphilis (Infectious stage) and Tuberculosis (Active), AIDS <u>危険な感染症</u> 軟性下疳、淋病、鼠径部肉芽腫、ハンセン病（伝染性）、性 病性リンパ肉芽腫、梅毒（感染ステージ）、結核（活動 性）、エイズ</p> <p><u>SERIOUS MENTAL DISORDERS</u> Mental retardation (mental deficiency) insanity. Previous occurrence of one or more attacks of insanity, antisocial personality, Mental defects, Epilepsy, Sexual deviation, Narcotic drug addiction, Chronic alcoholism. <u>重大な精神疾患</u> 精神遅滞（精神薄弱）、過去に一回以上の精神的な発作、反 社会性人格障害、精神障害、てんかん、性的逸脱、麻薬中 毒、慢性的アルコール依存症</p>	
Class B		<p><u>IF NOT CLASS A</u> Person having physical defect, disease or disability serious in degree or permanently in nature that will impair their ability to earn a living as to make them likely to be a public charge <u>クラス A に当てはまらない場合</u> 身体的欠陥、病気、または障害が深刻であるか、病気が永続 的であり、生計を立てる能力がなく、公的扶助を受ける可能 性が高い人</p>	

サンプル記入例

Class C	Minor Conditions 軽度の病気
<p>MEDICAL RECORDS</p> <p>1. Pertinent Medical History 既往歴</p> <p>2. Significant physical examination 診察所見</p> <p>3. Chest X-ray report (For ages 11 yrs and above) 胸部 X 線 (11 歳以上) Present X-ray film (14×17 inches) X 線フィルム (CD-R または DVD-R 可)</p> <p>4. Laboratory Examination [Attach laboratory reports] 臨床検査 (結果を添付すること)</p> <p style="margin-left: 20px;">a) Blood serology (Ages 15 yrs old and above) 血液検査 (15 歳以上)</p> <p style="margin-left: 20px;">b) Urine (Ages 15 yrs old and above) 尿検査 (15 歳以上)</p> <p style="margin-left: 20px;">c) Stool (Ages 1 year old and above) 便検査 (1 歳以上)</p> <p style="margin-left: 20px;">d) Other examination(s) if necessary その他の検査 (必要である場合)</p> <p style="margin-left: 40px;">Medical clearance against AIDS virus エイズ陰性証明など</p>	
<p> Not physically and mentally defective or diseased 身体的、精神的疾患はありません。</p>	
<p>Examining physician 診察をした医師の名前および署名</p>	<p>Address/Tel 受診医療機関名、住所および電話番号</p>