

健康状況に関する申告書 Declaration on Health Status

健康状況について詳しく記入してください。

本書は、健康面で緊急の事態が起きた時に、学校がみなさんをサポートするために必要なものです。

本書の内容は、個人情報として厳正に管理します。

Please inform us your health status in details.

This declaration is necessary for the school to support students especially in case of emergency.

This will be kept confidential strictly as a personal data.

1.現在の健康状態はどうですか？ How is your current health condition?	<input type="checkbox"/> 良好 Good <input type="checkbox"/> 普通 Normal <input type="checkbox"/> あまり良くない Not Good <input type="checkbox"/> 悪い Bad			
2.現在、病気等の治療で通院していますか？ Are you currently undergoing treatment for any health issues?	<input type="checkbox"/> していない No <input type="checkbox"/> している Yes ➡	いつから From	年 year	月頃 month
		病名 Name of disease ()		
3.現在または過去 1 年以内に、医師から処方された薬を服用していますか？ Are you currently taking any prescribed medications? Did you take any prescribed medications in the past one year?	<input type="checkbox"/> していない No <input type="checkbox"/> している Yes ➡	<input type="checkbox"/> 精神安定薬 Tranquilizer <input type="checkbox"/> 抗てんかん薬 Antiepileptic drug <input type="checkbox"/> ぜんそくの薬 Asthma medications <input type="checkbox"/> その他 Others ()		
4.過去 5 年以内に手術をしたことがありますか？ Have you had any surgeries in the past five years?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Yes ➡	いつ When	年 year	月頃 month
		手術箇所 Operation site ()		
5.過去に右記の病気にかかったことや、既往歴はありますか？ Do you have a past history of diseases or any chronic diseases?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> 心臓病 Heart disease <input type="checkbox"/> 肝臓病 Liver disease <input type="checkbox"/> 腎臓病 Kidney disease <input type="checkbox"/> 血液疾患 Blood disease <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma <input type="checkbox"/> 結核 Tuberculosis <input type="checkbox"/> マラリア、その他伝染病 Malaria, or other infectious diseases <input type="checkbox"/> 精神疾患 Mental disorder <input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy <input type="checkbox"/> その他 Others ()			
6.アレルギーはありますか？ Do you have any allergies?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Yes ➡	<input type="checkbox"/> 食べ物 Foods () <input type="checkbox"/> 薬 Medicine () <input type="checkbox"/> 化学製品 Chemical products () <input type="checkbox"/> その他 Others ()		
7. 食事療法や食事制限をする必要 がありますか？ Do you need dietary treatment or diet restriction?	<input type="checkbox"/> いいえ No <input type="checkbox"/> はい Yes ➡	どのような食事療法または食事制限ですか？ What kind of dietary treatment or diet restriction? ()		
8.あなたの健康状況について、当校に配慮してほしいことがあれば、ご記入ください。 Please write any other information regarding your health condition that you want the school to consider. ()				

私の健康状況は、上記の通り、相違ないことを申告します。

I hereby verify that the information above is true and correct.

作成年月日/Date:

本人署名/Signature: _____