

健康調査票

Health Check Form

この健康調査票は、留学生活に影響をもたらす可能性のある健康上の問題について、事前に把握するためのものです。診断項目は英語か日本語ですべて記入してください。

It is important that we be made aware of any physical or psychological medical conditions which might affect you during your stay. Please complete all the following items (in English or Japanese) to the best of your abilities.

名前:

Name:

姓 *family*

名 *first*

ミドルネーム *middle (if any)*

生年月日 *month day year*

年齢

男性
Male

女性
Female

その他
Other

Date of Birth: ____月 ____日 ____年

Age: ____

1. アレルギー

Allergies

薬のアレルギー

Allergies to Medications: _____

食品のアレルギー

Allergies to foods: _____

その他のアレルギー

Other allergies: _____

2. 既往症

Medical History

貧血 Anemia

摂食障害 Anorexia/Bulimia/Eating Disorder

ひきつけ、てんかん Convulsions, Seizures (Epilepsy)

喘息 Asthma

糖尿病 Diabetes

HIV/AIDS

心臓病 Heart Disease

高血圧 High Blood Pressure

うつ Prolonged Depression or Anxiety

腎臓病 Renal Disease

結核 Tuberculosis

肝炎 Viral Hepatitis (Specify A/B: _____)

ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)

その他 Other: _____

有の場合、具体的に症状を記入してください。

Please provide details on any checked answers listed above: _____

4. 心身の疾病または障害に関する所見

はい

いいえ

Are there any physical or psychological medical conditions that may limit your ability to study?

Yes

No

有の場合、具体的に症状を記入してください。

If "Yes", please provide details detail: _____

5. 現在治療中の病気

はい

いいえ

Do you have any medical conditions currently being treated?

Yes

No

服用中の薬があれば薬の名前を記入してください。

Write the name of any medicine you are taking: _____

記載事項に誤りがないことを証明します。

I hereby certify that all the information given is correct.

署名:

日付: *month day year*

Signature: _____

Date: ____月 ____日 ____年