

# 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 ☐ 女性 ☐ その他  
*Male Female 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 ※既往症がある場合は、留学に支障がないことを証明する医師の診断書を提出してください。

**Medical History \*If you have a pre-existing medical condition, please submit a doctor's note certifying that it does not interfere with your study abroad.**

☐ 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: \_\_\_\_\_)*  
☐ 発達障害 *Developmental Disabilities (ADHD/ASD/LD/Other)* ☐ 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

Are there any physical or psychological medical conditions that may limit your ability to study? ☐ はい ☐ いいえ  
*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

Do you have any medical conditions currently being treated? ☐ はい ☐ いいえ  
*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