

エイシン長岡日本語学校
健康状況に関する申告書
Declaration on health situation

本申告書は、あなたの健康状況についてご記入いただくものです。この申告書は、皆さんが安心して学校生活を送れるよう、教職員が事前に皆さんの健康状態を知るためにお聞きするものですので、できるだけ詳しくご記入ください。申告書をご提出いただいても、学校では投薬、医療行為などは行うことはできませんので、ご了承ください。また、この申告書の内容については秘密を保持いたします。

This declaration form is about your health condition. Please fill out below as accurately as possible. We need to know about health conditions of all students, so that every students can spend comfortable school life. We do not prescribe any medicines or medical practice. We are sure that this declaration form is confidential.

1. 現在の健康状態はどうか？ 次から選んでください。 How is the current state of your health?	<input type="checkbox"/> 大変良好 Very 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、病気などの治療で通院されていますか？ Now do you attend hospital for any disease?	<input type="checkbox"/> していない No	<input type="checkbox"/> している Yes	発病時期 Date of onset	年 月 頃 Year Month
3. 現在または過去1年以内に、医師により処方された薬を服用していますか？ Now or in the past 1 year, do you take any medicines that has been prescribed from the doctor?	<input type="checkbox"/> ない No	<input type="checkbox"/> ある Yes	処方時期 Prescription date	年 月 頃 Year Month
4. 過去5年以内に入院や手術をされていますか？ Have you ever entered hospital or had surgery in the past 5 years?	<input type="checkbox"/> ない No	<input type="checkbox"/> ある Yes	入院時期 Date of enter hospital	年 月 頃 Year Month
5. 過去に次の病気にかかったことや、既往歴はありますか？ Have you ever had any illness?	<input type="checkbox"/> ない No	<input type="checkbox"/> ある * Yes	*ある場合は次の項目についてあてはまるものにチェックし、できるだけ詳しくご記入ください。 If Yes, please check items below and write in as much details as possible.	
(1) 結核感染症 Tuberculosis infection	<input type="checkbox"/> ない No	<input type="checkbox"/> ある Yes	発病(症)時期 Date of onset	現在の状況 Current situation
(2) 精神疾患 Mental illness	<input type="checkbox"/> ない No	<input type="checkbox"/> ある Yes	発病(症)時期 Date of onset	薬を服用中 Taking medicine
(3) 喘息を含むアレルギー等の疾患 Allergies or including asthma	<input type="checkbox"/> ない No	<input type="checkbox"/> ある Yes	発病(症)時期 Date of onset	うつ病 Depression
(4) マラリア、その他の伝染病 Malaria or other infectious	<input type="checkbox"/> ない No	<input type="checkbox"/> ある Yes	発病(症)時期 Date of onset	不安神経症 Anxiety neurosis
				パニック障害 Panic disorder
				注意欠陥障害(ADD) Attention
				注意欠陥多動障害(ADHD) Attention deficit hyperactivity
				その他 Other
				アレルギー原因 Allergic to
				食べ物 Food
				薬 Medicine
				化学薬品 Chemical products
				その他 Other
				名称 Name of Diseases

(5) 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Yes	発病(症)時期 Date of onset 年 月頃 Year Month	
(6) その他 Other	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Yes	発病(症)時期 Date of onset 年 月頃 Year Month	名称・症状 Name of Disease or symptom 現在の状況 Current situation <input type="checkbox"/> 完治 Completely recovered <input type="checkbox"/> 薬を服用中 Taking medicine
6. 予防接種について、これまでに接種歴がありますか? Have you ever gotten any vaccinations?	<input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ジフテリア Diphtheria <input type="checkbox"/> その他 Other	<input type="checkbox"/> M.M.R. <input type="checkbox"/> 破傷風 Tetanus <input type="checkbox"/> ポリオ Polio <input type="checkbox"/> 髄膜炎 Meningitis <input type="checkbox"/> 麻疹 Measles <input type="checkbox"/> 風疹 Rubella	
7. 特別な食事療法や食事制限等がありますか? Do you need any special dietary cure and dietary restrictions?	<input type="checkbox"/> ない No <input type="checkbox"/> ある Yes	時期 Date of starting restrictions 年 月頃から Year Month 理由 Reason	
8. あなたの健康状況について、当校が事前を知っておくべきことがありましたら、ご記入ください。 If there are any other matters we need to know about your health situation, please fill out below.			

私は宣言します。この申告書に記載した情報は正確で不備はありません。

I declare that information what I have given on this Declaration is accurate and completed.

作成年月日
Date

年 月 日
Year Month Day

本人署名
signature