



MEDICAL FORM

参加者名 (ローマ字)
Participant's Name: _____

生年月
Date of Birth: _____
Month/Day/Year

I hereby authorize the representatives Family Exchange, Japanese Partners, and the families assigned as my child's hosts, to make arrangements for his/her welfare, including transportation in the event of an emergency, and for whatever emergency medical care may be deemed necessary for my child's welfare (should I be incapacitated to make their own decision), while participating in this program.

Signature of parent or legal guardian: 署名 _____

Date: (Month/Day/Year) 日付 _____

In case of emergency notify: Name _____
緊急連絡先 名前

Telephone: _____
電話

Relationship to participant: _____
参加者との関係

1. Inoculation History

Vaccine 予防接種	Number 回数	Date of injection 接種 した年月日	Vaccinated by/at 接種した施設	Contracted or not? かかった有無	Date contracted (M/D/Y) かかった年月日
Measles はしか	1st			Yes / No	
	2nd				
Mumps おたふくか	1st			Yes / No	
	2nd				
Rubella 風疹	1st			Yes / No	
	2nd				
Chickenpox 水ぼうそう				Yes / No	
Polio (OPV) 小児麻痺	1st			Yes / No	
	2nd				
	3rd				
	4th				
DPT (三種混合) Diphtheria ジフテリア Pertussis 百日咳 Tetanus 破傷風	1st			Yes / No	
	2nd				
	3rd				
	4th				
	5th				
Tuberculosis ツベルクリン反応の検査	Yes No				
Vaccine type for TB (BCG 接種の有無)	Yes No				
Hepatitis B B型肝炎	1st				
	2nd				
	3rd				
Others その他					

2. Are you subject to any of the following? If YES, please explain condition and/or frequency.

下記の病気や症状がありますか？

Condition/Frequency 症状/頻度

- | | | |
|---|--|-------|
| Asthma/Respiratory Problems 喘息／呼吸器系障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes/Hypoglycemia 糖尿病／低血糖症 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heart Trouble 心臓疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lung Trouble 肺疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Fainting Spells 失神 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Convulsions けいれん発作 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Epilepsy てんかん | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Skin Disease 皮膚疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kidney/Gall Bladder/Liver Disease
腎臓／たんのう／肝臓疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Muscular/Skeletal Problem 筋肉/骨格の障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Emotional or Mental Disorder 情緒/精神的な障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stomach/Intestinal Problem 胃腸障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Any Other Disorder (Please list and explain) その他の疾患及び障害 | | _____ |

3. Do you have any allergies or reactions to drugs or non-drug items? アレルギー、薬品の副作用について

• **Medicines:** 薬品に関するアレルギー

Penicillin or Related Drugs: (ペニシリン系薬品) Yes No

Aminopyrine or Sulpyrine Type Drug: (ピリン系薬品) Yes No

Others: その他の薬品 : _____

• **Non-Drug Items:** 薬品以外のアレルギー

Bees Pollen Dogs Cats Small Animals
 蜂 花粉 犬の毛 ネコの毛 小動物の毛

Food 食品 : _____

4. Does you have difficulties with any of the following? 下記の障害や、健康上注意を要する点がありますか？あれば、

注意書きも書き添えて下さい。

- | | | |
|---|--|-------|
| Eyes (視力等、目の障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Uses Contact Lenses (コンタクトレンズ使用) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ears (聴力等、耳の障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nose (鼻の障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Throat (咽喉障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Digestion (消化障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sleepwalking (夢遊病) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bed-Wetting (夜尿症) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Menstrual Problems (生理障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Any other medical difficulties: (Please list)
その他の障害 | | _____ |

- Any surgical operations, accidents, or injuries, which required hospitalization in the past?

Yes No Explain: _____

過去に手術、事故、怪我などで入院したことがありますか。あれば病名、症状をお知らせ下さい。

- Any recent exposure to a contagious disease?

Yes No Explain: _____

最近感染症にかかりましたか。あれば病名、症状をお知らせください。

- If you are carrying medicines/prescriptions, fill in the following. Put "P" for prescriptions.

携帯する薬をお知らせ下さい。（医師から処方されたものには'P'と書き添えてください）

Name of medicine 薬品名	For what illness/symptoms 病名・症状	Dosage/Times taken 服用量・回数
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Are there any physical activities that you are restricted from doing? If YES, please list.

Yes No If so, what kind? _____

健康上制限されている行動がありますか。ある場合お知らせ下さい。

- Any additional information Labo and your host families should be aware of?

Yes No Explain: _____

ラボやホストが知っておいた方がよい健康上の問題がありますか？

- Are you currently under a doctor's care?

Yes No Explain: _____

現在通院していますか。いる場合、何の症状で通院されているかお知らせください。

I certify that all medical information has been included and that the above information is complete and accurate: 記載した情報に相違ありません。

Signature of Parent or Guardian 署名

Date 日付

Signature of Participant 署名

Date 日付