

健康調査票

Health Questionnaire

日本語又は英語により明瞭に記載してください。必要に応じて親・医師に確認して正確に記入するようお願いします。
Please fill out (PRINT/TYPE) in Japanese or English. Please fill out this Health Questionnaire to the best of your knowledge. Confirmation with your parents and doctor is recommended.

参加講座名 (☑してください)		氏名 Name	性別 Sex
☐日本研究プログラム Japan Study Program			☐男 Male ☐女 Female
☐経済学&日本語プログラム Economics & Japanese Program		所属大学 University's Name	
1. 今までに大きな病気をしたことがありますか Have you ever had any serious diseases? ☐はい Yes ☐いいえ No			
① 「はい」と答えた方は下記の病名に☑をつけ、詳しい病名とその時の年齢を記入してください If yes, please check the diseases' names below and describe in detail as well as the age.			
☐心臓病 () 歳 heart disease age	☐川崎病 () 歳 Kawasaki disease age	☐腎臓病 () 歳 kidney disease age	
☐肝臓病 () 歳 liver disease age	☐肺炎 () 歳 pneumonia age	☐結核 () 歳 tuberculosis age	
☐自然気胸 () 歳 pneumothorax age	☐喘息 () 歳 asthma age	☐糖尿病 () 歳 diabetes age	
☐貧血 () 歳 anemia age	☐高血圧 () 歳 high blood pressure age	☐虫垂炎 (盲腸) () 歳 appendicitis age	
☐眼科疾患 () 歳 ophthalmology disease age	☐耳鼻科疾患 () 歳 otolaryngology age	☐てんかん () 歳 epilepsy age	
☐拒食症 () 歳 anorexia age	☐過食症 () 歳 bulimia age	☐神経症 () 歳 neurosis age	
☐胃・十二指腸潰瘍 () 歳 stomach duodenum ulcer age	☐特記すべき事項 Particulars or additional comments		
① アレルギー疾患はありますか (薬剤、食品等も含む) () Allergies (including medicines, foods, etc.)			
② アナフィラキシーショックを起こしたことがありますか ☐はい Yes ☐いいえ No (意識を失い倒れる、息苦しくなる、皮膚の痒みや蕁麻疹が出る、唇や口の中が腫れる、嘔吐など) Have you ever experienced anaphylactic shock? Ex, (lose consciousness and fall down, become dizzy, skin itching and hives, swollen lips and mouth, vomiting, etc.) <u>If you answered "Yes", please describe the conditions in detail.</u> ()			
③ エピペンを持っていますか Do you carry EpiPen? ☐はい Yes ☐いいえ No			
3. 身体、健康についての悩みや気になることがありますか Do you have any concerns about your body or health? ☐はい Yes ☐いいえ No			
「はい」と答えた方は具体的な内容を記入してください If "Yes", please describe the conditions in detail.			
4. 身体障害や運動制限がありますか Do you have any physical disabilities or exercise limitation? ☐はい Yes ☐いいえ No		5. 精神または発達面の障がいがありますか Do you have any mental or developmental disabilities? ☐はい Yes ☐いいえ No	
4, 5で「はい」と答えた方は具体的な内容を記入してください If you answered "Yes" to 4 or 5, please describe the conditions in detail.			

* 定期健康診断結果等の情報は、東北学院大学個人情報保護規程に沿って管理し、保健室業務および国際交流課業務にのみ利用されます。また、この情報は学校保健法により卒業後5年間保存されます。

Information regarding regular health check-ups is kept under the Tohoku Gakuin University personal information protection law and is used for nurse's office purpose and International Affairs Office's use only.

東北学院大学保健室・国際交流課
Nurse's Office, International Affairs Office
Tohoku Gakuin University