|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Questionnaire de santé** |
| **ISI Japanese Language School Education Center**  *8-15-1 Nishi-Shinjuku, Shinjuku-ku, Tokyo 160-0023　Japan*  *TEL : +81-3-5962-0405 　FAX : +81-3-5937-0477 E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/fr* |

Il est important que le personnel de l’école soit au courant de votre état de santé, veuillez donc nous prévenir de tout éventuel problème de santé. Veuillez remplir le formulaire suivant en détail et prendre note que l’école ne peut ni donner de conseils médicaux ni dispenser de médicaments. Tout renseignement transmis sera traité de façon confidentielle.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Décrivez votre état de santé actuel | | | Très bon  Normal  Pas bon　 　　 Mauvais | | |
| 1. Suivez-vous actuellement un traitement pour des problèmes de santé? | | | Non  Oui | Depuis　　　 AAAA/ MM/  Nom de la maladie（　　　　　 　　　　　　 　） | |
| 1. Prenez-vous actuellement des médicaments ?   \*Y compris des médicaments en vente libre | | | Non  Oui | Date de prescription AAAA/ MM/    Produit: 　Tranquillisants　　　Somnifères  　Antiépileptiques  　Médicaments contre l’asthme  Autres (　　 　 　　　 　） | |
| 1. Avez-vous été hospitalisé ou avez-vous reçu une intervention chirurgicale au cours des 5 dernières années? | | | Non  Oui | Temps passé à l’hôpital　　　　　 Ans　　 Mois  Raison (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　） | |
| 1. Avez-vous des antécédents médicaux ou maladies chroniques ?   Le cas échéant, veuillez remplir les informations suivantes en détails. | | | | | |
| 1. Tuberculose | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | État actuel  　Rétablissement complet　　Prise de médicaments | |
| 1. Troubles mentaux | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Dépression  Anxiété  Crise de panique  Insomnie 　　 Trouble du déficit de l’attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)  Autres ( 　　　　　　　　　 ) | |
| 1. Allergies   (Y compris l’asthme) | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Aliments  Médicaments  Produits chimiques  Autres（　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 ） | |
| 1. Paludisme, ou autres maladies infectieuses | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Nom de la maladie： | |
| 1. Diabète | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | Situation actuelle  　Prise de médicaments  　Auto-injection d'insuline. | |
| 1. Criseid'épilepsieiou convulsions | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | |  | |
| 1. Autres | Non  Oui | Premiers symptômes  　 Année Mois | | État actuel  　Rétablissement complet  　Prise de médicaments | |
| 1. Contre quoi avez-vous été vacciné ? | | BCG  ROR  Polio  Rougeole  Rubéole  Diphtérie  Tétanos  Méningite　  Autre（　　　 　　　　　　 ） | | | |
| 1. Avez-vous des besoins alimentaires particuliers ? | | Non  Oui | | | Depuis　　　　　Année　　　　Mois  Détails（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  Raison : (　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 ） |
| 1. Merci d'écrire toute information complémentaire que l’école devrait connaître avant votre arrivée. | | | | | |

**Je déclare par la présente signature que j’ai pris connaissance des informations ci-dessus, d’avoir lu les politiques de remboursement et d’annulation, et que les informations fournies sont vraies et correctes.**

**Signature du candidat :　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 Date : 　　　　　 　 /Année 　　/Mois 　 　/Jour**