|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **Stato di salute** |
| **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/it* |

È importante che lo staff ISI sia a conoscenza della tua condizione di salute. Si prega di compilare dettagliatamente la sezione sottostante tenendo presente che la scuola non può per nessun motivo prescrivere medicinali o fornire pareri medici. Il trattamento dei dati personali sarà trattato nel massimo rispetto della privacy.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Descrivi il tuo stato di salute scegliendo una fra le seguenti opzioni:
 | [ ]  Ottimo [ ]  Normale [ ]  Non molto buono　　[ ]  Cattivo Stato |
| 1. Al momento stai ricevendo cure mediche per qualche malattia?
 | [ ]  No[ ]  Sì  | Da　　　　　　Anno 　　　　Mese　　　Malattia（　　　　　　　　　　　 　　　　　　 　） |
| 1. Stai seguendo qualche terapia farmacologica？\*Inclusi farmaci da banco
 | [ ]  No[ ]  Sì  | Data di inizio della terapia: 　　　 　　　Anno　　　 　 Mese　　Farmaco:　 [ ]  Ansiolitici　　 [ ] 　Sonniferi[ ]  Antiepilettici [ ]  Farmaci per l’asma　Altro (　　 　 　　　 　） |
| 1. Sei stato ospedalizzato o hai subito un intervento chirurgico negli ultimi 5 anni?
 | [ ]  No[ ]  Sì | Ricovero　　　　　 Anno　　 Mese　　Motivo (　　　　　　　　 　　　 　　　　　　　　　　　 　　） |
| 1. Hai qualche precedente di malattie o malattie croniche?

Se la risposta è sì, ti preghiamo di selezionare tra le seguenti opzioni e compilare dettagliatamente le sezioni spuntate. |
| 1. Tubercolosi
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　 Anno　　　　　Mese | Al momento [ ] 　Guarito　　　　　[ ] 　In terapia |
| 1. Mental Health Disorder
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese | [ ]  Depressione [ ]  Ansia [ ]  Attacchi di panico [ ]  Insonnia　 [ ]  Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) [ ]  Altro ( ) |
| 1. Allergie

(Asma incluso) | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　Mese | [ ]  Cibo [ ]  Medicinali [ ]  Prodotti dell’industia chimica　[ ]  Altro（　　　　　　　　　　 　　　　 ） |
| 1. Malaria, o altre malattie infettive
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　　Mese | Malattia: |
| 1. Diabete
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese | Situazione attuale:[ ] 　Sotto farmaci　　[ ] 　 Iniezioni di insulina  |
| 1. Convulsioni o Crisi epilettiche
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese |  |
| 1. Altro
 | [ ]  No[ ]  Sì | Comparsa dei sintomi　　　　　Anno　　　Mese | Al momento[ ] 　Guarito　　　　　[ ] 　In terapia |
| 1. Quale delle seguenti vaccinazioni avete ricevuto?
 | [ ]  BCG (tubercolosi) [ ]  M.M.R. (morbillo, parotite, rosolia) [ ]  Poliomielite [ ]  Morbillo [ ]  Rosolia [ ]  Difterite　　　　[ ]  Tetano [ ]  Meningite [ ]  Altro（　　　　　　　　　 　　　 ） |
| 1. Hai esigenze particolari?
 | [ ]  No [ ]  Sì | Da　　　　　Anno　　　　MeseDettagli:（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）Motivo: (　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 1. Compila lo spazio sottostante se hai altre informazioni da comunicare:
 |

**Firmando, il richiedente conferma di aver letto e compreso la politica riguardo ai rimborsi e alle cancellazioni, e certifica che quanto sopra riportato è corretto e corrisponde al vero,**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Firma del richiedente:** |  |  | **Il:** | **AAAA/ MM/ GG/**  |