|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　Mese  Dettagli:（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）  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/** |