|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **健康状況に関する申告書** |
| **ISI日本語学校　入学相談センター**  *〒160-0023 東京都新宿区西新宿 8-15-1*  *TEL : 03-5962-0405 FAX : 03-5937-0477*  *E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/ja* |

本申告書は、あなたの健康状況について、ご記入いただくものです。

この申告書は、皆さんが安心して学校生活を送れるよう、教職員が事前に皆さんの健康状態を知るためにお聞きするものですので、できるだけ詳しくご記入ください。

申告書をご提出いただいても学校では投薬、医療行為などを行うことはできませんのでご了承ください。またこの申告書の取り扱いは秘密としますのでご安心ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 現在の健康状態はどうですか？次から選んでください。 | | | 大変良好 普通  あまり良くない　　  悪い | | |
| 1. 現在、病気などの治療で通院されていますか？ | | | していない  している | 発病時期　　　　　　年　　　　月頃  病名（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | |
| 1. 現在服用中の薬はありますか？※市販薬を含む | | | ない  ある | 処方時期　　　　　　年　　　　月頃  薬：　精神安定薬　　　　睡眠導入剤  　抗てんかん薬　　　ぜんそくの薬  　その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 1. 過去５年以内に入院や手術をされていますか？ | | | していない  している | 入院時期　　　　　年　　　月頃  入院理由（　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　） | |
| 1. 下記の既往歴について、該当する項目はありますか？   ※ある場合は次の項目について当てはまるものにチェックし、記入する所はできるだけ詳しくご記入ください。 | | | | | |
| 1. 結核感染歴 | ない  ある | 発病（症）時期  　　　　　年　　　　　月頃 | | | 現在の状況  　完治　　　　　　薬の服用中 |
| 1. 精神疾患 | ない  ある | 発病（症）時期  　　　　　年　　　　　月頃 | | | うつ病  不安神経症  パニック障害  不眠  注意欠陥多動障害（ADHD)  その他　( ) |
| 1. 喘息を含むアレルギー等の疾患 | ない  ある | 発病（症）時期  　　　　　年　　　　　月頃 | | | 食べ物  薬  化学製品  その他（　　　　　　　　　　 　　　 　 ） |
| 1. マラリア、その他伝染病 | ない  ある | 発病（症）時期  　　　　　年　　　　　月頃 | | | 名称： |
| 1. 糖尿病 | ない  ある | 発病（症）時期  　　　　　年　　　　　月頃 | | | 現在の状況  　薬の服用中　　　　インスリン自己注射 |
| 1. てんかん又は痙攣の発作 | ない  ある | 発病（症）時期  　　　　　年　　　　　月頃 | | |  |
| 1. その他 | ない  ある | 発病（症）時期  　　　　　年　　　　　月頃 | | | 現在の状況  完治  薬の服用中 |
| 1. 予防接種について、これまでに接種歴がありますか？ | | BCG  M.M.R.  ポリオ  麻疹  風疹  ジフテリア  破傷風  髄膜炎  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 1. 特別な食事療法や食事制限等がありますか？ | | ない  ある | | | 時期　　　　　　年　　　　月頃から  内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　 　） |
| 1. あなたの健康状況について、当校が事前に知っておくべきことがありましたら、ご記入ください。 | | | | | |

提供した内容に相違がないことを確認し、返金・キャンセル規定について理解の上、申し込みいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人署名: |  |  | 日付: | /年　 　　　　/月 　　　　/日 |