DOKKYO UNIVERSITY

健康記録申告書
Health Records Declaration

年 Year　月 Month　日 Day

氏名 Name in Full	姓 (Family Name)　名 (First Name)	性別 Sex	☐ 男 Male　☐ 女 Female
生年月日 Date of Birth	年 Year　月 Month　日 Day	年齢 Age	

下の１から４の項目を記入してください。
Please complete Parts 1 through 4.

1 予防接種歴 Immunization History

(Please tick "Yes" or "No".)

麻疹 Measles(rubeola)	☐ あり Yes	☐ なし No	ポリオ Polio	☐ あり Yes	☐ なし No
流行性耳下腺炎 Mumps	☐ あり Yes	☐ なし No	破傷風・ジフテリア混合 TD	☐ あり Yes	☐ なし No
風疹 Rubella	☐ あり Yes	☐ なし No	破傷風・ジフテリア混合・百日咳 TDP	☐ あり Yes	☐ なし No
髄膜炎 Meningitis	☐ あり Yes	☐ なし No	B型肝炎 Hepatitis B	☐ あり Yes	☐ なし No
BCG BCG	☐ あり Yes	☐ なし No	水痘 Varicella	☐ あり Yes	☐ なし No

2 結核検査歴 TB Screening History

結核に関する検査を受けたことがありますか。　☐ あり Yes　☐ なし No
Have you ever received a screening of TB?

Yesの方は、下欄を記載してください。　If "Yes", please describe the details below.

ﾂﾍﾞﾙｸﾘﾝ反応検査 又は ｲﾝﾀｰﾌｪﾛﾝγ遊離試験 TB Skin Test : PPD or IGRA	検査日 Exam Date	年 Year　月 Month　日 Day	結果 Result	☐ 陽性 Positive　☐ 陰性 Negative
陽性のため胸部ﾚﾝﾄｹﾞﾝ検査を受けた場合、右記に記入してください。 If positive, and a Chest X-ray was done	検査日 Exam Date	年 Year　月 Month　日 Day	結果 Result	☐ 結核であった Tuberculosis　☐ 結核ではない Normal

3 既往歴 Past History

(Please tick "Yes" or "No".)

結核 Tuberculosis	☐ あり Yes	☐ なし No	肺の病気 Lung Disease	☐ あり Yes	☐ なし No
消化器の病気 Digestive Disease	☐ あり Yes	☐ なし No	肝臓の病気 Liver Disease	☐ あり Yes	☐ なし No
糖尿病 Diabetes	☐ あり Yes	☐ なし No	てんかん Epilepsy	☐ あり Yes	☐ なし No
心臓の病気 Cardiac Disease	☐ あり Yes	☐ なし No	精神・脳神経系の病気 Mental Disease or Nervous System Disease	☐ あり Yes	☐ なし No
腎臓の病気 Kidney Disease	☐ あり Yes	☐ なし No	その他の感染症 Other Communicable Disease	☐ あり Yes	☐ なし No
アレルギー Allergies	☐ あり Yes	☐ なし No	⇒ If "Yes", Please list		

4 現在治療中の病気や経過観察中の（定期的に受診している）病気がありますか？

☐ あり Yes　☐ なし No
Are you currently under any medical treatment or receiving follow-up care?

「あり」の場合、詳細を記載してください。　If "Yes", please provide the details:

病名 Present diagnosis		
現病歴 History of present illness		
服用薬 List of current medications	製品名 Name	
	投薬量 Dosage	
	頻度 Frequency	

5 新型コロナウイルス(COVID-19)に対するワクチン接種を行いましたか？

☐ あり Yes　☐ なし No
Have you been vaccinated against COVID-19?

予防接種情報 Vaccination information	製薬会社名 Manufacturer					
	回数 Number of shots	1st shot	☐ 接種済 Completed	2nd shot	☐ 接種済 Completed
	接種日 Date(YYYY/MM/DD)	1st shot		2nd shot	

2021.06 updated