

健康に関する自己申告書

Personal Medical Report

年 月 日
Year Month Day

氏名 Name in Full	姓 (Family Name) 名 (First Name)	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month Day	年齢 Age	

以下の1から3の項目を記入してください。
Please complete Parts 1 through 3.

- 1 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 ☐ なし
Are you currently under any medical treatment or receiving follow-up care? Yes No
「あり」の場合、詳細を記載してください。If "Yes", please provide the details:

病名 Name of Disease			
現病歴（発症と経過） Present illness (onset and course)			
服用薬 List of current medications	製品名 Name		
	投薬量 Dosage		
	頻度 Frequency		

*継続的に服用している薬がある場合は、留学期間中の対応について、留学前に主治医と相談してください。
If you are continuously taking any medications, please consult with your family doctor before coming to Japan to discuss how to manage your treatment during your study abroad period.

2 既往歴 Past Medical History

該当するものにチェックと完治時期／治療中について記入し、いずれも該当しない場合は「なし」にチェックすること
Please check any applicable conditions and indicate the date of recovery or note if treatment is ongoing. If none apply, check "None."

<input type="checkbox"/>	なし None				
<input checked="" type="checkbox"/>	病名 Name of a disease	完治時期／治療中 Date of recovery/under treatment	<input checked="" type="checkbox"/>	病名 Name of a disease	完治時期／治療中 Date of recovery/under treatment
	結核(家族歴含む) Tuberculosis (including family history)			その他の感染症 Other communicable disease Name ()	
	てんかん Epilepsy			腎疾患 Kidney disease	
	心疾患 Heart disease			糖尿病 Diabetes	
	薬剤アレルギー Drug Allergy			精神疾患 Mental disorder	
	四肢機能障害 Limb dysfunction				

3 予防接種歴 Immunization History

1 の抗体検査結果、または 2 の予防接種記録、もしくは 1 と 2 の組み合わせで記入してください。
Please complete this section using **EITHER** (1) Antibody Test Results, (2) Vaccination Records, **OR** a combination of both.

	1. 抗体検査結果 Antibody Test Result (Serologic Proof of Immunity)
麻疹 Measles	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal (M/D/Y)
ムンプス Mumps	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal (M/D/Y)
風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal (M/D/Y)
水痘 Varicella	<input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative/Equivocal (M/D/Y)
髄膜炎菌感染症 Meningococcal Infection	

OR

2. 予防接種記録 Vaccination Record	
MMR #1	MMR#2 (M/D/Y)
OR	
Measles #1	Measles #2 (M/D/Y)
Mumps #1	Mumps #2 (M/D/Y)
Rubella #1	Rubella #2 (M/D/Y)
Varicella #1	Varicella #2 (M/D/Y)
Meningococcal Infection (M/D/Y)	