

健康記録申告書 Health Records Declaration

年 月 日
Year Month Day

氏名 Name in Full	姓 (Family Name) 名 (First Name)	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 Male Female
生年月日 Date of Birth	年 月 日 Year Month 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)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No	ポリオ Polio	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No
流行性耳下腺炎 Mumps	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No	破傷風・ジフテリア混合 TD	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No
風疹 Rubella	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No	破傷風・ジフテリア混合・百日咳 TDP	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No
髄膜炎 Meningitis	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No	B型肝炎 Hepatitis B	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No
BCG	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes No	水痘 Varicella	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし Yes 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 なし
Have you ever received a screening of TB? Yes No

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

ツベルクリン反応検査 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 月 日 Year Month Day	結果 Result	<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 Positive Negative
陽性のため胸部レントゲン検査を受けた 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 月 日 Year Month Day	結果 Result	<input type="checkbox"/> 結核であった <input type="checkbox"/> 結核ではない Tuberculosis Normal

3 既往歴 Past History (Please tick "Yes" or "No".)

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