

MEDICAL FORM

参加者名 (ローマ字) _____ 生年月
 Participant's Name: _____ Date of Birth: _____
Month/Day/Year

I hereby authorize the representatives of the Labo International Exchange Foundation, the Labo Teaching Information Center, and the families assigned as my hosts, to make arrangements for my welfare, including transportation in the event of an emergency, and for whatever emergency medical care may be deemed necessary for my welfare (should I be incapacitated to make my own decision), while participating in the Labo Intern Program.

Signature: 署名 _____ Date: (Month/Day/Year) 日付 _____

In case of emergency notify: Name _____ Telephone: _____
 緊急連絡先 名前 電話

Relationship to participant: _____
 参加者との関係

1. Inoculation History

Vaccine 予防接種	Number 回数	Date of injection 接種した年月日	Vaccinated by/at 接種した施設	Contracted or not? かかった有無	Date contracted (M/D/Y) かかった年月日
Measles はしか	1st			Yes / No	
	2nd				
Mumps おたふくかぜ	1st			Yes / No	
	2nd				
Rubella 風疹	1st			Yes / No	
	2nd				
Chickenpox 水ぼうそう				Yes / No	
Polio (OPV) 小児麻痺	1st			Yes / No	
	2nd				
	3rd				
	4th				
DPT (三種混合) Diphtheria ジフテリア Pertussis 百日咳 Tetanus 破傷風	1st			Yes / No	
	2nd				
	3rd				
	4th				
	5th				
Tuberculosis ツベルクルン反応の検査	Yes No				
Vaccine type for TB (BCG 接種の有無)	Yes No				
Hepatitis B B型肝炎	1st				
	2nd				
	3rd				
Others その他					

2. Are you subject to any of the following? If YES, please explain condition and/or frequency.

下記の病気や症状がありますか?

Condition/Frequency 症状/頻度

頻度

- | | | |
|---|--|-------|
| Asthma/Respiratory Problems 喘息/呼吸器系障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Diabetes/Hypoglycemia 糖尿病/低血糖症 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Heart Trouble 心臓疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Lung Trouble 肺疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Fainting Spells 失神 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Convulsions けいれん発作 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Epilepsy てんかん | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Skin Disease 皮膚疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kidney/Gall Bladder/Liver Disease
腎臓/たんのう/肝臓疾患 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Muscular/Skeletal Problem 筋肉/骨格の障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Emotional or Mental Disorder 情緒/精神的な障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Stomach/Intestinal Problem 胃腸障害 | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Any Other Disorder (Please list and explain) その他の疾患及び障害 | | _____ |

3. Do you have any allergies or reactions to drugs or non-drug items?

アレルギー、薬品の副作用について

• **Medicines:** 薬品に関するアレルギー

Penicillin or Related Drugs: (ペニシリン系薬品) Yes No

Aminopyrine or Sulpyrine Type Drug: (ピリン系薬品) Yes No

Others: その他の薬品: _____

• **Non-Drug Items:** 薬品以外のアレルギー

Bees Pollen Dogs Cats Small Animals
蜂 花粉 犬の毛 ネコの毛 小動物の毛

Food 食品: _____

4. Does you have difficulties with any of the following?

下記の障害や、健康上注意を要する点がありますか? あれば、注意書きも書き添えて下さい。

- | | | |
|---|--|-------|
| Eyes (視力等、目の障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Uses Contact Lenses (コンタクトレンズ使用) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ears (聴力等、耳の障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Nose (鼻の障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Throat (咽喉障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Digestion (消化障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sleepwalking (夢遊病) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bed-Wetting (夜尿症) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Menstrual Problems (生理障害) | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | _____ |
| Any other medical difficulties: (Please list) _____ | | _____ |

その他の障害

• Any surgical operations, accidents, or injuries, which required hospitalization in the past?

Yes No Explain: _____

過去に手術、事故、怪我などで入院したことがありますか。あれば病名、症状をお知らせ下さい。

• Any recent exposure to a contagious disease?

Yes No Explain: _____

最近感染症にかかりましたか。あれば病名、症状をお知らせください。

- If you are carrying medicines/prescriptions, fill in the following. Put "P" for prescriptions.
携帯する薬をお知らせ下さい。(医師から処方されたものには'P'と書き添えてください)

Name of medicine 薬品名	For what illness/symptoms 病名・症状	Dosage/Times taken 服用量・回数
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Are there any physical activities that you are restricted from doing? If YES, please list.
Yes No If so, what kind? _____
健康上制限されている行動がありますか。ある場合お知らせ下さい。
- Any additional information Labo and your host families should be aware of?
Yes No Explain: _____
ラボやホストが知っておいた方がよい健康上の問題がありますか？
- Are you currently under a doctor's care?
Yes No Explain: _____
現在通院していますか。いる場合、何の症状で通院されているかお知らせください。

I certify that all medical information has been included and that the above information is complete and accurate: 記載した情報に相違ありません。

Signature 署名

Date 日付