

**健康状況に関する申告書**  
Declaration of Health Status

本申告書は、あなたの健康状況について、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、出来るだけ詳しく記入してください。  
申告書をご提出頂いても、学校では投薬、医療行為などは行うことは出来ませんので、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。  
Please use this declaration form to provide information regarding your current health status.  
To lead healthy lives for all students, it is important for school members to be aware of your health condition.  
Please fill in the following sections in detail. Please acknowledge that we do not provide medical practice or dispense medication at school.  
This declaration will be kept confidential.

1. 現在の健康状態はどうか？次から選んでください。 How is your current health condition? Please select from the following options.		<input type="checkbox"/> 大変良好 Very good <input type="checkbox"/> 普通 Normal <input type="checkbox"/> あまり良くない Not good <input type="checkbox"/> 悪い Bad	
2. 現在、病気などの治療で通院していますか？ Are you currently undergoing treatment for any health issues?		<input type="checkbox"/> していない/No <input type="checkbox"/> している/Yes	発病時期 (Onset) From Year Month 病名 (Name of disease) ( )
3. 過去に次の病気にかかったことや、既往歴はありますか？ Do you have a past history of diseases or any chronic diseases?		<input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/Yes ※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。(※if so, please select from the following option, and fill out the checked sections in detail)	
4. たばこを吸いますか？/Do you smoke?		<input type="checkbox"/> はい/Yes ⇒ <b>1日/per day 本/amount</b> <input type="checkbox"/> いいえ/No	
5. お酒を飲みますか？/Do you drink alcohol?		<input type="checkbox"/> はい/Yes ⇒ <b>どれくらい/How much?</b> : <input type="checkbox"/> いいえ/No	
(1) 結核感染歴/Tuberculosis infection		<input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/Yes	発病(症)時期 (Onset) 年 Year 月頃 Month
(2) マラリア、その他伝染病 Malaria, or other infectious diseases	<input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/ Yes	発病(症)時期 (Onset) 年/Year 月頃/Month	
(3) 糖尿病/Diabetes	<input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/ Yes	発病(症)時期 (Onset) 年/Year 月頃/Month	
(4) その他/Other	<input type="checkbox"/> ない/No <input type="checkbox"/> ある/ Yes	発病(症)時期 (Onset) 年/Year 月頃/Month	名称: Name of the illness :
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、記入してください。 Please write any other information regarding your health condition that the school should know in advance.			

私の健康状況は、上記の通り、相違ないことを申告します。  
I hereby verify that the information above is true and correct.

本人署名/Signature: \_\_\_\_\_  
 作成年月日/Date:      年 Year      月 Month      日 Day