

健康調査票 (Questionnaire of Health)

学校使用欄

ホスピタリティ ツーリズム専門学校 (Hospitality Tourism College)

東京ブライダル専門学校 (Tokyo Bridal College)

届出日： 年 月 日現在

フリガナ	性別 Sex	科名 Course	生年月日 (西暦) Birthday
氏名 Name	男・女 Male Female	科	年 月 日

本人住所 Address in Japan (4月からの住所、未定の方は未記入)

本人連絡先 contact number (携帯番号含む)	血液型 Blood Type	RH	年齢 Age
	A ・ B ・ O ・ AB	+	-

緊急連絡先 (Emergency Contact)

フリガナ	続柄 Relationship	電話番号 Telephone Number (自宅・携帯)
氏名 Name		

★健康状態についてお聞きします。該当するものを○で囲んでください。

○現在、通院していますか Do you regularly go to a clinic?	いいえ ・ はい (病名 Name of a disease :)
○常用している薬はありますか Do you regularly take any medicines?	いいえ ・ はい (薬名 Name of a disease :)
○貧血がありますか Do you have anemia?	いいえ ・ はい
○乗り物酔いはしますか Do you get motion sickness?	酔わない ・ 酔う
○喫煙しますか Do you smoke?	いいえ ・ はい
○過去に喫煙の習慣があったことはありますか Did you used to smoke?	いいえ ・ はい

★日常的にある症状・病気で当てはまる症状について○で囲んでください。その他大きなけがや病気があれば記入してください。

糖尿病 Diabetes mellitus ・ 低血糖 hypoglycemia 甲状腺異常 Thyroid abnormalities
 過敏性腸症候群 Irritable bowel syndrome 偏頭痛 Migrane 花粉症 Hay fever
 癩癩 Temper その他病気・特記事項 other Notices :

★発作を伴う病気(疾患)の経験がある方は○で囲んでください。特に病気がないときは右の口に✓をご記入ください。⇒ If you have had a fita spasman attack, please circle the illnesses. If you don't have any, please tick in the □.

・心臓疾患 (Heart disease)	医師から運動をとめられていますか Has your doctor advised to stop excersising?	いいえ ・ はい
	薬はのんでいますか Do you take a medicine?	いいえ ・ はい
・てんかん (Epilepsy)	医師から運動をとめられていますか Has your doctor advised to stop excersising?	いいえ ・ はい
	薬はのんでいますか Do you take a medicine?	いいえ ・ はい
・喘息 (asthma)	医師から運動をとめられていますか Has your doctor advised to stop excersising?	いいえ ・ はい
	薬はのんでいますか Do you take a medicine?	いいえ ・ はい
	薬・吸入器は持参していますか Do you have any medisine and an inhaler?	していない ・ している
	ご家庭でとっている処置があればご記入ください Any special treatment at home?	

・精神疾患 (Mental illnesses)	★当てはまる症状について○で囲んでください。Please circle the illnesses. 過換気症候群 (過呼吸) hyperpnea パニック症候群 Panic syndrome 適応障害 Adjustment disorder 自律神経失調症 Dysautonomia (鬱病含む) 心身症 Psychosomatic diseases 神経症 Neurosis その他症状・特記事項 other notice :
	医師からの診断時期はいつごろですか When did you get diagnosis? 年 月頃
	医師から運動をとめられていますか Has your doctor advised to stop excersising? いいえ ・ はい
	薬はのんでいますか Do you take a medicine? いいえ ・ はい
	ご家庭でとっている処置があればご記入ください Any special treatment at home?

★これまでにかかったことのある病気について○で囲んでください。その他大きなけがや病気があれば記入してください。

水ぼうそう Chicken pox はしか Measle おたふく風邪 Mumps 風疹 rubella 気管支炎 bronchitis
 扁桃腺炎 Tonsillitis 外・中・内耳炎 Tympanitis 結核 tuberculosis
 腎炎 Nephritis その他大きなけが・病気 other illnesses :

★アレルギー体質について該当するものがあればご記入ください。

食物アレルギー Allergy to Food	品名 (Items) :	症状 (Symptom) :
薬アレルギー Allergy to medicine	薬名 (Medicine) :	症状 (Symptom) :
接触アレルギー Contact allergy (金属・うるしなど)	原因 (Reason) :	症状 (Symptom) :
動物・虫アレルギー Allergy to animals or	種類 (Type) :	症状 (Symptom) :
アレルギー性皮膚炎 Allergic dermatitis (アトピーなど)	原因 (Reason) :	症状 (Symptom) :
その他アレルギー others	原因 (Reason) :	症状 (Symptom) :

★その他
手術および重症経験、医師からの注意事項、自己申告の事項のある方はご記入ください。学内・学外での活動において学校側で留意することもご記入ください。また、日常生活における注意事項が医師から出ている場合は診断書をご提出ください。
If you have had any surgeries and sserous sicknesses in the past, please fill out here
Any matters to be attended, please submit.

Parents Signature
保護者確認欄 ㊟