

(A3サイズで印刷してください)

HEALTH EXAMINATION RECORD (健康と医療に関する記録)

氏名 姓 Last Name _____ 名 First Name _____

GENDER (性別) M F DATE OF BIRTH (生年月日) _____ 月 Month/ _____ 日 Day/ _____ 年 Year

Health History (病歴)

該当する項目にチェックを入れてください。病歴がない場合にはチェックは不要です

Table with 2 columns of medical history. Each column has 4 sub-columns: Disease, Past, Present, Date. Diseases listed include Chicken Pox, Measles, German Measles, Mumps, Rheumatic Fever, Tuberculosis, Kidney, Hypertension, Convulsions, Epilepsy, Heart Disease/Defect, Bleeding Disorders, Motion Sickness, Asthma, Rhinitis, Atopic Dermatitis, Ear Infections, Diabetes, Eating Disorder, Fainting, Mononucleosis, Emotional Behavior, Arthritis, Psychiatric Treatment, Sleeping Disorder, and Others.

常備薬はありますか? なし あり 薬名: (_____)

Daily Medicine None Yes Name of Medicine

その他、健康状態で特記事項があればご記入ください

(現在又は過去に入院・通院がある場合は、詳細を記入してください。)

●派遣期間中の対応で必要な情報となりますので、該当する項目は必ずご記入ください!!

ALLERGIES アレルギー

Table for Allergies with columns: アレルギーの種類, どちらかにチェック, 症状、対処等(詳細). Rows include Cat Hair, Food Allergies, Hay Fever, House Dust, Insect Stings, Ivy Poisoning, Penicillin, Other Drugs, and Other.

Vaccines 予防接種

Table for Vaccines with columns: 種類, どちらかにチェック (「はい」の場合は、最新の接種年月を記入). Rows include Diphtheria, Pertussis, Tetanus, Polio, Measles, Mumps, Rubella, Tuberculin Test, Haemophilus Influenza, Hepatitis, and Others.