



MEDICAL FORM (Adults)

予防接種記録・病歴

Participant's Name: _____ Date of Birth: _____
 参加者名 生年月日 Month/Day/Year

Name of Japanese Organization: _____ State: _____
 交流団体記入欄 州 (米国人用)

I hereby authorize the representatives of the 4-H International Programs Committee, WorldWide Exchange Services, CWT (Carlson Wagon Lit Travel) or the family 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 this program.

私は、本プログラム参加中に、万一問題が生じた場合、早急かつ適確なる解決のため、受け入れ家庭および 4-H 担当者に、医療処置を含む全ての決定権を委任し、その決定に従います。

Signature: _____ Date (Month/Day/Year) _____
 署名 記入年月日

In case of emergency notify: Name _____ Telephone: _____
 緊急連絡先 氏名 電話番号

Relationship to participant: Spouse Other _____
 参加者との関係 配偶者 その他

1. Inoculation History 予防接種記録

Vaccine ワクチン	Number 回数	Date of injection 接種年月日	Vaccinated by/at 予防接種実施場所	Contracted or not? 発症歴の有無	Date contracted (M/D/Y) 発症年月日
Measles はしか	1st			Yes / No	
	2nd				
Mumps 流行性耳下腺炎	1st			Yes / No	
	2nd				
Rubella 風疹	1st			Yes / No	
	2nd				
Chickenpox 水痘				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 百日せき Tetanus 破傷風	1st			Yes / No	
	2nd				
	3rd				
	4th				
	5th				
Tuberculosis 結核					

A world citizenship program facilitated by the IPC for participating state 4-H Youth Development Programs.

Vaccine type for TB ワクチンの種類					
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？あれば症状、頻度も書き添えて下さい。

Condition/Frequency 症状・頻度

Asthma/Respiratory Problems (喘息・呼吸器の病気)	Yes	No	_____
Diabetes/Hypoglycemia (糖尿病・低血糖)	Yes	No	_____
Heart Trouble (心臓疾患)	Yes	No	_____
Lung Trouble (肺疾患)	Yes	No	_____
Fainting Spells (失神)	Yes	No	_____
Convulsions (ひきつけ痙攣)	Yes	No	_____
Epilepsy (てんかん)	Yes	No	_____
Skin Disease (皮膚の病気)	Yes	No	_____
Kidney/Gall Bladder/Liver Disease (腎臓・胆嚢・肝臓)	Yes	No	_____
Muscular/Skeletal Problem (筋肉又は骨の障害)	Yes	No	_____
Emotional or Mental Disorder (情緒不安定)	Yes	No	_____
Stomach/Intestinal Problem (胃腸障害)	Yes	No	_____

Any Other Disorder (Please list and explain) その他の病気や症状があれば説明してください。

3. Do you have any allergies or reactions to drugs or non-drug items? アレルギー、薬品の副作用がありますか？

• **Medicines:** 薬品でアレルギーをおこすもの

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): _____

• **Non-Drug Items:** 薬品以外でアレルギーをおこすもの

Bees (蜂) Pollen (花粉) Dogs (犬) Cats (猫) Small Animals (小動物)

Food (食べ物) _____

4. Any other medical difficulties: (Please list) _____

その他に健康上の問題があれば記入して下さい。

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

今までに手術や事故、またはけがで入院した事がありますか？

Yes No Explain:

あればどんなけが、手術だったか記入して下さい。 _____

- Any recent exposure to a contagious disease?

最近、伝染病にかかったことがありますか？

Yes No Explain:

あればどんな伝染病だったか記入して下さい。 _____

- If you are carrying medicines/prescriptions, fill in the following. Put "P" for prescriptions.

薬品又は処方箋を留学先に携帯してくる場合は下記に記入して下さい。処方箋の場合は、薬品名の前に"P"と記入して下さい。

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

- Are there any physical activities that you are restricted from doing? If YES, please list.

健康上制限されている行動がありますか？ あれば、説明して下さい。

Yes No If so, what kind? _____

- Are you currently under a doctor's care?

現在医者にかかっていますか？ あれば何のためにかかっているか記入して下さい。

Yes No Explain: _____

- Any additional information the host parents should be aware of?

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？

Yes No Explain: _____

I certify that all medical information has been included and that the above information is complete and accurate:

私は、全ての医療記録を記入しました。また、記入された全ての内容は事実です。

Signature
署名

Date
記入年月日 (西暦)