



STATES' 4-H INTERNATIONAL EXCHANGE PROGRAMS 2017 SUMMER OUTBOUND PROGRAM MEDICAL FORM

予防接種記録・病歴 (医師に英語で記入してもらって下さい。)

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

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

MEDICAL FORM (to be completed by physician)

To the Examining Physician: This individual is applying for a cross-cultural exchange program. Delegates live as a member of a family in a host country. Not everyone is equipped mentally and physically for this experience. The applicant must have a high degree of motivation and the ability to adjust to different social and cultural backgrounds - sometimes under difficult circumstances. Sound health is vital. Your careful and complete evaluation of the applicant's health will be helpful in determining his/her assignment. If the applicant is accepted for participation, necessary immunizations will be required. ***This form must be completed based on the examination which occurs within one year of the date of departure.**

主治医の皆様へ：上記生徒は、国際交流活動に参加いたします。つきましては、4-8 週間の海外生活に支障のない健康状態であるかどうか、本人と面談の上、下記4枚の項目について記入し、ご署名下さいますようお願い申し上げます。

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? 発症歴の有無	Date contracted (M/D/Y) 発症年月日
Measles はしか	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
Mumps 流行性耳下腺炎	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
Rubella 風疹	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
Chickenpox 水痘	<input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Polio (OPV) 小児麻痺	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
	3rd <input type="checkbox"/>				
	4th <input type="checkbox"/>				
DPT 三種混合 Diphtheria ジフテリア Pertussis 百日せき Tetanus 破傷風	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
	3rd <input type="checkbox"/>				
	4th <input type="checkbox"/>				
	5th <input type="checkbox"/>				
Tuberculosis 結核	<input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Hepatitis B B型肝炎	1st <input type="checkbox"/>			Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	2nd <input type="checkbox"/>				
	3rd <input type="checkbox"/>				
Others その他				Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

2. Is this person subject to any of the following? If YES, please explain condition and/or frequency in detail. 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. Does he/she 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): _____

Types and degree of reaction (反応の症状と程度): _____

- 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)

Foods (食べ物) _____

Other non-food items (その他): _____

Types and degree of reaction (反応の症状と程度): _____

4. Does he/she 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。

Remarks 注意書き

Eyes (視力等、目の障害) Yes No _____
Uses Contact Lenses (コンタクトレンズ使用) Yes No _____
Ears (聴力等、耳の障害) Yes No _____
Nose (鼻の障害) Yes No _____
Throat (咽喉障害) Yes No _____

Digestion (消化障害) Yes No _____
 Sleepwalking (夢遊病) Yes No _____
 Bed-Wetting (夜尿症) Yes No _____
 Menstrual problems (生理障害) Yes No _____

Any other Difficulties: (Please list) _____
 その他の障害

- 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 applicant is carrying medicines/prescriptions, fill in the following. Put "P" for prescriptions. **Please note that common ADD/ADHD medication, such as Adderall (amphetamine and dextroamphetamine), are illegal in Japan.**
 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 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 applicant is 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? _____
- 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: _____
- Is this person currently under a doctor's care (for reasons other than routine 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: _____
- Considering the statements above, your examination, and any information you may have provided in connection with the above questions, is there any reason you would question this applicant's participation in this program?
 以上の診察の結果、国際交流参加に健康上なんらかの支障があると思われませんか？ 無ければNoに、あると思われる場合はYesにX印を付け、下線部にその理由を説明して下さい。
 Yes No Explain: _____

For additional comments, please use an extra sheet of paper.
 健康状態で事前にホストファミリーに伝えておきたいことがあれば別紙に記入して下さい。

Date of examination upon which this report is based: _____

診察年月日

I have given a thorough physical examination and reviewed the medical history of the delegate. I certify that all important medical information has been included and that the above information is complete and accurate.

以上の診察の結果、この診断書に記載されていることは、すべて事実であることを証明します。

Physician's Name/Address

医師の氏名・住所

Date: Month/Day/Year _____

記入年月日 (西暦)

Physician's official stamp and signature

医師の署名と印