STATES' 4-H INTERNATIONAL EXCHANGE PROGRAMS
2015 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 occurred after January 1, 2015.**

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あげます。

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			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					
Hepatitis B B 型肝炎	1st				
	2nd				
	3rd				
Others その他					

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.
  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良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すか？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**