

医療承諾書

MEDICAL AUTHORIZATION RELEASE

私(保護者)は下記の内容について承諾、委任いたします。私の子(学生)が昭和女子大学に留学中、安全のための通常、緊急時の医療行為ならびにこれに伴う救急移送等必要なすべての処置を承認し、医師、看護婦、医療従事者、昭和女子大学教職員に委任します。

I hereby authorize all doctors, nurses, medical staff, administrators and teachers of Showa Women's University to render routine medical treatment and emergency first aid and to make arrangements for my child's welfare, including transportation in the event of an emergency and whatever medical care such person may, in good faith, deem necessary for my child's welfare.

I hereby release from liability all such persons who, in good faith, render such routine medical treatment and emergency first aid to make arrangements for my child's welfare pursuant to the foregoing authorization.

学生氏名: _____

Student name

保護者署名: _____

Guardian Signature

*compulsory for students under 20 years of age

日付/Date: _____ / _____ / _____
Month Day Year

緊急時連絡先

Emergency Contact Information

緊急時連絡先として下記に2名を記載してください。

Please list two emergency contacts below.

(1)名前(英字)/NAME: _____

続柄/Relationship: _____

E-mail: _____

住所(英字)/ADDRESS: _____
(Street) (City)

(Prefecture) (Zip Code)

電話/TEL (Cell): _____

(2)名前(英字)/NAME: _____

続柄/Relationship: _____

E-mail: _____

住所(英字)/ADDRESS: _____
(Street) (City)

(Prefecture) (Zip Code)

電話/TEL (Cell): _____

留学生の病歴

MEDICAL HISTORY OF APPLICANT

NAME (英字): _____

ADDRESS (英字): _____

Date of Birth (生年月日): _____ 月 / _____ 日 / _____ 年 AGE (年齢): _____

HEIGHT (身長): _____ cm WEIGHT (体重): _____ kg

1. Do you have any allergies? (アレルギーはありますか?) Yes ___ No ___

If "Yes", Please list the things specifically below (何らかのアレルギーがあれば日本語か英語で詳細を書いてください)

A. Drug Item: penicillin, aspirin, sulfa drugs, others

(薬品: ペニシリン、ピリン系、サルファ剤、その他)

B. Non Drug Item: dust, pollen, animal hair, food, metal, others

(薬品外: ほこり、花粉、動物の毛、金属その他どんなものにもアレルギーがあるか具体的に説明して下さい。)

Food (食物):

C. Bee sting (ハチさされ)

D. Are you being monitored by a physician? Yes ___ No ___ If "Yes", Please explain

(医師の継続治療を受けていますか。受けている場合はくわしく説明して下さい。)

E. If you are on any medication name them. Please bring your own medicine with you

(薬を常用していますか? 何のための何という薬ですか? その場合は、薬を持参して下さい。)

2. Do you have any menstrual difficulties? Yes ___ No ___

(生理障害がありますか?)

If "Yes", please explain. (もしあれば具体的に症状を説明して下さい。)

The name of the medicine you take. (通常服用している薬の名前) _____

How often do you take it? (頻度は?) _____

If you are being monitored by a physician, please explain. (もし医師の治療を受けている場合は説明して下さい。)

3. Past History (病歴)

If you have had any of the following disorders or diseases, indicate at approximately what age.

(下記の病気をしたことがあれば大体何歳頃か、記入してください。)

Illness (病名)	Age (年齢)	Illness(病名)	Age (年齢)	Illness (病名)	Age(年齢)
Tuberculosis (結核)		Asthma (ぜんそく)		Diabetes (糖尿病)	
Paralysis (麻痺)		Skin (皮膚病)		Tumor (腫瘍)	
Mumps (おたふくぜ)		Ulcer (胃潰瘍)		Kidney/Urinary (腎臓、膀胱疾病)	
Measles (はしか)		Eye(目の病気)		Gynecological (婦人病)	
Chickenpox (水ぼうそう)		Ear (耳の病気)		Rheumatic Fever (リウマチ熱)	
Rubella (風疹)		Throat (喉)		Eating disorder (摂食障害)	
Anemia (貧血)		Thyroid (甲状腺)		Anxiety (不安心配症)	
Hemophilia (血友病)		Bone & Joint (骨、関節)		Depression (抑うつ病)	
Heart (心臓病)		Epilepsy (てんかん)		Others (その他)	
Others (その他)		Others (その他)		Others (その他)	

4. Current health condition (現在の健康状態)

Please check “Yes” or “No” to each of the following. (以下はイエス、ノーで答えてください。)

If “Yes” to any items, a physician’s note is required prior to the start of the program. Explain the details of your symptoms below. (イエスの場合は、プログラムが始まる前に医師の診断書が必要です。また詳しい症状を説明してください。)

A. Do you have a bleeding disorder (出血障害) or serious anemia (ひどい貧血)? Yes No

B. Do you have heart disease (心臓病)? Yes No

C. Do you have kidney or urinary disease (腎臓病)? Yes No

D. Do you have stomach disease (胃腸病)? Yes No

[SWU 受入学生用-個人情報 取扱注意]

E. Do you have asthma (喘息) or Hyper-ventilation syndrome (過呼吸症候群)? Yes No

F. Therapy or counseling for mental health issues (カウンセリング/精神治療)? Yes No

G. Are you being monitored by a physician (医師の継続治療を受けている)? Yes No

H. Have you had a seizure within the last year (一年以内の癲癇発作)? Yes No

5. Do you have any other medical problems or medicines you take regularly? Yes ___ No ___
(他の病気があれば記入し、またどのような薬を服用しているかなど説明してください。)

If you are under treatment for any of the symptoms above, please contact your physician for a doctor's note including the things below.

医療または経過観察を必要とする疾病がある学生は、必ず次の事項について医師の意見を含めた診断書を提出してください。

1. Current condition (現在の状態)
2. Prognosis (今後の見通し)
3. Comments to health care provider at Showa Women's University
(本人および昭和女子大学 保健担当者への留意事項)
4. Whether the student can study abroad (留学に支障はないかどうか)

Declaration and Signature

I hereby certify that the information entered above is complete and accurate.

I also understand that the information collected on this form can be disclosed without my consent to SWU staff and faculty for program registration and student support.

上記内容が正確で完全であることを誓います。また、この用紙に述べられた情報が、留学手続きや学生支援などのために、昭和女子大学の教職員に開示されることを理解しています。

学生署名(Student Signature) _____

日付(Date): _____ / _____ / _____

保護者署名 (Guardian Signature) _____

*compulsory for students under 20 years of age

日付(Date): _____ / _____ / _____