|  |  |
| --- | --- |
| isi2 | **健康状况申报表** |
| **ISI日本语学校　入学咨询中心***〒160-6112　东京都新宿区西新宿8-17-1　住友不动产新宿Grand Tower12F**TEL : +81-3-5962-0405 FAX : +81-3-5937-0477* *E-mail:info@isi-global.com URL: www.isi-education.com/zh-cn* |

请于本申报表如实填写您的健康状况。

本申报表是为了让您能安心度过学校生活，教职员需要事先了解大家的健康状况而填写的表格，请尽可能详细填写。

即便提交本申报表，学校也不会为您开药或进行医疗行为等，请见谅。本申告书将作为个人信息妥善管理。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 现在的健康状态如何？请从下列选项中选择。
 | [ ] 非常好 [ ] 一般 [ ] 不太好　　 [ ] 不好 |
| 1. 现在是否有因为何种病的治疗而定期去医院吗？
 | [ ]  否[ ]  是 | 发病（症）时间： 年 月左右病名：  |
| 1. 现在是否有在服用任何药物？※包含非处方药
 | [ ]  无[ ]  有 | 开药时间： 年 月左右药物种类：[ ] 　精神安定药　　　[ ] 　助眠药　[ ] 　抗癫痫　　　　　　　　　　　　[ ] 　哮喘药　[ ] 　GID激素治疗药物　[ ] 其他（ 　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 1. 过去5年内有无住院动过手术？
 | [ ]  无[ ]  有 | 住院时间 年 月左右住院理由：  |
| 1. 过去有无以下病症的病史？

※如(1)～(7)项目中选择“有”，且影响日常生活，请在第8项中详细填写。 |
| 1. 结核病感染史
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 现在状况：[ ]  痊愈　　　　　[ ]  服药中 |
| 1. 精神病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | [ ]  抑郁症 [ ]  焦虑症 [ ]  恐慌症　　 [ ]  失眠　[ ]  注意缺陷多动障碍（ADHD) 　 [ ]  自闭症[ ]  其他( ) |
| 1. 包括哮喘等的过敏疾病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | [ ]  食物 [ ]  药 [ ]  化学制品[ ]  其他（　　　　　　　　　　 　　　 　 ） |
| 1. 疟疾及其他传染病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 名称： |
| 1. 糖尿病
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 现在的情况[ ] 　服药中　　　[ ] 　自己注射胰岛素 |
| 1. 癫痫或痉挛的发作
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 |  |
| 1. 其他
 | [ ]  无[ ]  有 | 发病（症）时间： 年 月左右 | 现在状况：[ ]  痊愈 [ ]  服药中 |
| 1. 关于预防接种，至今是否有接种史？
 | [ ]  BCG [ ]  M.M.R. [ ]  脊髓灰质炎 [ ]  麻疹 [ ]  风疹 [ ]  白喉[ ]  破伤风 [ ]  脑膜炎 [ ]  其他（　　　　　　　　　 ） |
| 1. 有无特殊食物疗法或食物限制等？
 | [ ]  无 [ ]  有 | 时间： 年 月左右内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） |
| 1. 如有需要本校事先了解的事项，请填写（如需特别照护、使用轮椅等）。

※如第5项(1)～(7)中选择“有”，且影响日常生活，请详细填写。 |

**本人确认上述申报内容属实，并在此签名。本人已阅读、理解并同意ISI日本语学校招生简章中的所有条款（申请、课程、入学、付款、取消/退款政策、免责声明等）。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人签名:** |  |  | **日期:** |  　　　　　　 /年　 　　　　/月 　　　　/日  |