|  |  |
| --- | --- |
| 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 |