

がくせいけんこう しょうちょうさひょう
学生健康調査票 Student Health Questionnaire

【調査票の記入について】＊必ず、両面にご記入ください
保護者または教員（担任または養護教諭）にご記入 頂いて下さい。入学後の継続加療が必要な場合を除き、医師への相談・診断は必要ありません。但し、成人の方はご自身で記入して頂いても結構です。この調査票は入学後の健康管理に利用されるもので、入学可否には一切関係ありません。また記入いただく内容は、健康上の問題が生じる場合に対応する目的の範囲内において、大学内で共有する場合があります。(1)～(9)全ての項目について、正確にご記入下さい。

How to complete this questionnaire (Complete both sides of this form)

This questionnaire must be filled out by your parent/guardian or a teacher (for example, home room teacher or school nurse). There is no need for consultation with or diagnosis by a physician, except in the case that treatment must be continued after entering APU. However, adult applicants may complete this questionnaire themselves. This questionnaire will be used as reference for the student's health management upon admission into APU, and will not affect any admission decisions for the applicant. The information provided here may be shared within the University to support any health issues should the need arise. Complete all items (1) through (9).

全て楷書でご記入下さい。Please answer all questions using block letters.

がくせいしめい 学生氏名 Applicant's full name	じゅけんばんごう 受験番号 Application No.								
ふりがな Pronunciation of name in KANA	せいべつ 性別 Sex					おとこ おんな 男 / 女 Male / Female			
せいねんがっぴ 生年月日 Date of Birth	ねん 年 Year	がつ 月 Month	にち 日 Day	ねんれい 年齢 Age	さい 歳 Years	しんちよう 身長 Height	cm	たいじゆう 体重 Weight	kg

- (1) 現在、治療中の病気はありますか？（風邪など軽微な急性疾患は除く）
Is the above student currently receiving treatment or therapy for any illnesses?
(Do not include temporary illnesses such as common colds.)
なし No / あり Yes→「あり」の場合、病名及び治療状況を記入 If yes, please provide the name of the illness and current treatment status.

→★「あり」の場合、下記項目に従ってください。If yes, please follow the instructions below.

- ☐ 入学後も治療継続が必要かどうか主治医に確認をする
Check with the student's doctor whether they will need to continue treatment after enrolment.
☐ 治療継続が必要な場合は、「今後の治療計画」を添付して提出する
Provide information about the treatment plan on a separate sheet if they will need to continue it.

※なお、ヘルスクリニックは医療機関ではありませんので、医師の診察や薬の処方はできませんのでご注意ください。

In addition, please note that the APU Health Clinic is not a medical institution, and is not able to perform medical examinations or prescribe medication.

- (2) 現在、使用している薬がありますか？ Is the student currently taking any medication?

なし / あり→「あり」の場合、薬の名前や量・使用頻度等詳細を記入
No / Yes → If yes, please provide details including the name of medicine, dosage, and frequency of use.

→★「あり」で現在日本国外にて治療を受けられている場合、下記項目に従い、必要な手続きをおこなってください。

If answering yes, and the student is currently receiving medical treatment overseas, please follow the instructions below and perform the procedures as necessary.

- ☐ 入学後も、現在使用している薬の継続が必要かどうか主治医に確認する。
Check with the student's doctor whether they need to continue medication after enrolment.
☐ 使用している薬を持ち込みたい場合は、下記URLを参照の上、下記項目を厚生局へ確認し、必要な手続きを行う。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iyakuhin/kojinyunyu/topics/tp010401-1.html

Check the following URL, confirm the following items with the Regional Bureau of Health and Welfare, and complete all procedures: <http://www.mhlw.go.jp/english/policy/health-medical/pharmaceuticals/01.html>

- 日本への持ち込みが可能か否か Can the medicine be brought into Japan?
➤ どれ位の量を持ち込めるか If so, how much medicine can be brought into Japan?
➤ 持ち込むための必要な手続き What procedures are required to bring the medicine into Japan?

- ☐ 入学後、日本の医療機関で治療継続をしたい場合は、日本語もしくは英語で記載された紹介状を準備する。
Prepare a letter of referral to a Japanese medical institution, written in Japanese or English, in order to continue the medication in Japan.

※大分県で精神科領域の疾患・障がい（精神疾患、発達障がい、睡眠障害等）の治療継続を希望される場合は、日本語で会話ができる事が条件となります。

日本語で会話ができない場合は、薬の処方を含め、治療を受けられる医療機関がありません。日本語の語学レベルが十分でない場合は、入学前に再度薬の持ち込み可能な量や治療の継続方法について必ず主治医と相談して下さい。

If the student would like to continue treatment for psychiatric or other issues (such as psychiatric, developmental, or sleep disorders), they must be able to speak with a doctor in Japanese. If the student does not speak Japanese well, there are no medical institutions that can provide treatment or issue prescriptions for medication. Please be sure to check with the doctor about the amount of the medicines can be brought into Japan, how to continue the medication, and how the student can properly manage their own health if their Japanese skills is not enough.

※裏面もご記入下さい。Continued on reverse

- (3) 健康上の留意点がありますか？ Does the applicant have any *health warnings*?
- なし / あり → 「あり」の場合、詳細を記入
No / Yes → If yes, please provide details:
- ◎ ‘健康上の留意点’は、保護者や教員からみて生活上とくに留意しなければならない疾病や健康状態についてご記入下さい。（第3者の目に触れて困る場合は別紙に書き封入して下さい。）
- ◎ 障がい者手帳を持っている方は、「障がい名」と「傷がいの等級」が記載されているページの写しを添付して下さい。
- ◎ *Health Warnings* are illnesses or health conditions which the parent/guardian or teacher thinks may require attention, particularly in the applicant's daily life. If you have any privacy concerns, you may provide the information on a separate sheet and enclose the sheet in a sealed envelope.
- ◎ For persons with a *medical certificate of physical disability*, please attach copy of the certificate page showing the name and degree of the disability.

- (4) これまでに、健康診断で異常を一度でも指摘されたことがありますか？
- Have any abnormalities ever been detected in any of the applicant's past health examinations?
- なし No / あり Yes → 「あり」の場合その詳細をご記入下さい。 If yes, please provide details:

- (5) これまでに、病気にかかったことがありますか？ (風邪など軽微な急性疾患は除く)
- Has the applicant ever contracted and/or received treatment for an illness or disease?
- (Do not include temporary illnesses such as common colds.)
- なし / あり → 「あり」の場合、【既往歴詳細一覧】にご記入下さい。
- No / Yes → If yes, please give details in the list of past illnesses.

【既往歴詳細一覧 List of past illnesses】

ねんがつび 年月日 Date	びょうめい 病名 Disease	ちりょうけい 治療経過 Course of Treatment

- ◎ スペースが足りない場合は、別紙(A4サイズの紙なら何でも構いません)に記入し、添付してください
- ◎ If you need additional space, please attach an A4 size sheet with the information.
- (6) 以下の感染症と診断されたことはありますか？ Has the applicant ever been diagnosed with below infectious diseases?
- ☐結核 Tuberculosis ☐B型肝炎 Hepatitis B ☐C型肝炎 Hepatitis C ☐HIV ☐その他 other ()
- チェックした感染症がある場合その詳細をご記入下さい。 If tick one or more on above, please provide details:
- ・いつ頃ですか？ When? ()
- ・その感染症について治療を受けている、もしくは受けたことがありますか？ Did the applicant receive any treatment for this? No / Yes
- ・いつ頃ですか？ When? () ・治療は継続中ですか？ Is the applicant still undergoing treatment? No / Yes
- (7) (6)で結核にチェックのある場合は、下記の質問にもご回答下さい。 If tick on Tuberculosis on (6), please answer below:
- 同居している家族や親しい友達の中に結核にかかった人がいますか？
- Have any family living with the applicant or any close friends ever contracted tuberculosis?
- なし No / *不明 *Unknown. / あり Yes
- 「あり」の場合その詳細をご記入下さい。 If yes, please provide details
- ・それは誰ですか？ 父 母 兄弟 姉妹 祖父 祖母 叔父 叔母 いとこ 友達 その他
- Who? Father Mother Brother Sister Grandfather / Grandmother Aunt / Uncle Cousin Friend Other
- ・それはあなたが何才のころでしたか？ Approximately how old were they when this occurred? ()

- (8) 大学生活を始めるにあたって、心や身体について何か心配なことや不安に思っていることはありますか？
- Do you or the applicant have any concerns about their physical or mental health in regards to starting life as a university student ?
- なし / あり No / Yes 「あり」の場合、詳細を記入 If yes, please provide details

- (9) 記入者の氏名及び連絡先をご記入ください。 Name and address of the person who completed this form:
- 氏名Name: 学生との続柄 Relationship
- 住所Address: 電話 Phone number:

日付Date: / /

年 Year 月 Month 日 Day

麻疹・風疹予防接種歴

Measles and Rubella Immunization Record

麻疹・風疹の予防接種を受けた年月日について、母子手帳等を参照し正確に記入して下さい。予防接種記録がない場合や不明な場合は、医療機関で抗体価検査を受けて下さい。抗体価検査の結果が陰性の場合は、ワクチン接種を強く勧めます。但し、アレルギー等が原因で予防接種を受けることが出来ない場合は主治医の指示に従って下さい。

Please enter the date when the applicant received vaccinations for measles and rubella. The date must be shown on their vaccination record. If there are no records or if the records are unclear, please ensure the applicant undergoes an antibody test at a medical institution. If any antibody test produces a negative result, we strongly recommend that the applicant be vaccinated for those particular diseases. If the applicant is unable to receive a vaccination due to allergies or any other reason, please follow the advice of their physician.

がくせいしめい 学生氏名 Applicant's full name				じゅけんばんごう 受験番号 Application No.	
せいねんがっぴ 生年月日 Date of Birth	ねん 年 Year	がつ 月 Month	にち 日 Day	せいべつ 性別 Sex	おとこ / おんな 男 / 女 Male / Female

い か 以下の3つのうち、いずれかを必ず記入して下さい。 Please complete one of the three sections below.

① MMR(麻疹Measles, おたふく風邪Mumps, 風疹Rubella) or MR (麻疹Measles, 風疹Rubella)

Dose 1: _____ (MMR / MR)
Year Month Day
Dose 2: _____ (MMR / MR)
Year Month Day

② 単体ワクチン /OR INDIVIDUAL VACCINES

は し か
麻疹Measles

ふ う し ん
風疹Rubella

Dose 1: _____
Year Month Day
Dose 2: _____
Year Month Day

Dose 1: _____
Year Month Day
Dose 2: _____
Year Month Day

③ 抗体価検査 /OR ANTIBODY TEST

は し か
麻疹Measles

ふ う し ん
風疹Rubella

Test Date: _____
Year Month Day
結果Result: 陽性Positive / 陰性Negative

Test Date: _____
Year Month Day
結果Result: 陽性Positive / 陰性Negative

※麻疹・風疹抗体価検査が書類提出までに間に合わない場合は、検査予定日のみ記入し提出してください。また抗体価検査結果については、入学後に必ずヘルスクリニックまで提出してください。

If the applicant cannot submit the results of the antibody test by the deadline, please enter the date when they will receive the test. Please make sure to submit the results to the Health Clinic after enrolment.

き に ゅ う し ゃ し め い れ ん ら く ぎ き に ゅ う
記入者の氏名及び連絡先をご記入ください。 Name and address of the person who completed this form:

し め い
氏名Name: _____

がくせい ぞくがら
学生との続柄 Relationship (_____)

じ ゅ う し ょ
住所Address: _____

で ん わ
電話 Phone number: _____ — —

ひつげ
日付Date: _____ / _____ / _____
ねん 年 Year 月 Month 日 Day